FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

N° 913

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Jean PICAT

NÉ LE 19 JUILLET 1935, A PARIS - XVIII

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE EPIDÉMIOLOGIQUE D'UN GROUPE DE SCHIZOPHRÈNES

Président : M. P. PICHOT, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523703_0077

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

Jean PICAT

né le 19 Juillet 1935, à PARIS (18e)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE D'UN GROUPE DE SCHIZOPHRENES

PRESIDENT : M. P. PICHOT, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliadr (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.)., Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.)., Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.). Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET
1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

A. .. CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.).
Biologie médicale (à titre personnel)	POURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.).
Cancérologie erpérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LŒPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.).
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MEDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.).
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)

Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)

Cliniques médicales

Bicêtre	DEPARIS (M.)
Broussais	MILLIEZ (P.)
Cochin	PEQUIGNOT (H.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
—	CONTE (M.)
—	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHET (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)

	MM.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÉZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel	BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
—	BAUMANN (J.)
Cochin	LÉGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Cliniques chirurgicales orthopédiques et traumatologiques	
— Cochin	MERLE D'AUDIGNÉ (R.)
— Foch	PADOVANI (P.)
— Beaujon	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Ray.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	
Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
	LE MINOR (L.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	CONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	DESSIS (M.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)
Hygiène	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (Mme L.)
Médecine légale	CECCAL (P.)
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)

MM.	
Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
	PELLERIN (P.)
Physiologie	DURAND (J.)
	GIRARD (Fr.)
	HUGELIN (A.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Pharmacologie	SCHMITT (H.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie ..... MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie ..... SCHWARTZ (D.)
Néphrologie ..... MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en chef de la Bibliothèque.
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs ..... Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires ..... Mme CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

« Aucun effort n'est vain, pourvu qu'il soit désintéressé et impartial ».

(P. ABELY).

« KRAEPELIN, BLEULER et FREUD ne se peuvent séparer ».

(H. EY).

A MA FEMME.

A MES PARENTS.

A MA FAMILLE.

A

LA MEMOIRE

de Monsieur le PROFESSEUR P. JOANNON

dont l'humaine bonté et les encouragements décidèrent de ma vocation.

A Monsieur le PROFESSEUR P. PICHOT

qui a bien voulu accepter la Présidence de cette thèse,
qu'il en soit ici remercié,

A MES MAITRES DES HOPITAUX GENERAUX :
qui m'ont appris l'indispensable.

A MES MAITRES des HOPITAUX PSYCHIATRIQUES :

Messieurs les DOCTEURS P. HUGUET et M. AUDISIO
qui, après avoir guidé mes pas dans le dédale de la psychiatrie, m'ont inspiré le sujet de ce travail et m'ont aidé sans relâche jusqu'à son achèvement.

A MES AMIS :

les Docteurs CLAUDE et

MARIE MOUZET.

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - METHODOLOGIE

IV - RESULTATS

V - CONCLUSIONS

VI - NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE

INTRODUCTION

INTRODUCTION

A une époque où la nosologie se trouve fortement décriée, voire considérée comme inutile et stérile par ceux-là même qui réservent le meilleur de leur énergie à la thérapeutique, il nous avait paru intéressant d'étudier sur un groupe de malades d'un hôpital psychiatrique départemental*, répondant à la catégorie 02 de la nomenclature de l'I.N.S.E.R.M.** les modifications sémiologiques décelées, soit lors des hospitalisations, soit au cours des post-cures, et ce, depuis l'ère des neuroleptiques.

Faite dans ce but, la lecture attentive des dossiers entraîna notre intérêt, primitivement focalisé sur la recherche de quelques signes bien précis, en rapport avec la neuroleptisation (aspect pseudo-névrotique, etc.) dans une autre direction.

En effet, étant donné la fréquence avec laquelle certains éléments (familiaux, sociaux, somatiques, psychologiques, évolutifs) réapparaissaient dans les dossiers lors de la mise en fiches, nous avons dû compléter ces dernières selon un autre modèle (cf) associées à des questionnaires, à l'usage des familles (cf). Il nous a semblé ensuite possible, eu égard au nombre de dossiers, à la richesse du matériel, aux possibilités d'investigations para-cliniques mises à notre disposition, et surtout au soutien éclairé, constant et précieux de nos maîtres, d'étendre les limites de notre première étude et d'envisager une enquête de type épidémiologique, analysant chez les schizophrènes des deux sexes, les principaux facteurs le plus souvent retrouvés.

L'intérêt que peut porter un jeune médecin à l'étude de la schizophrénie est, nous le croyons, fonction de l'importance sociale, de la gravité, et de la complexité des symptômes ; mais, malgré cela, cet intérêt ne peut l'aveugler au point qu'il méconnaisse l'énorme faisceau de recherches actuelles, l'incertitude des mécanismes psycho-pathologiques imaginés ; et, dès lors, ce jeune médecin est invité à beaucoup de modestie lorsqu'il envisage une pareille entreprise.

Mais cette modestie, à la lecture de publications émanant des deux principaux courants de la pensée psychiatrique

* Hôpital Psychiatrique Départemental de Sotteville-lès-Rouen.
** Institut National de Statistiques et de Recherches Médicales.

moderne, va se doubler d'une perplexité angoissante. Chacune de ces deux Ecoles parle des schizophrènes avec une érudition et une compétence persuasive telle que chacune semble fournir la solution satisfaisante. Mais ces diverses conceptions, en cherchant parfois à faire rentrer « à force » les malades dans des cadres préalablement imposés, ne s'éloignent-elles pas de la réalité quotidienne du clinicien ? Ces deux conceptions concernent-elles bien le même malade schizophrène ? Est-ce là deux plans différents, en apparence opposés, mais complémentaires, d'un même malade, ou bien s'agit-il de deux malades totalement différents, que leurs symptômes ont mené chez tel ou tel adepte de ces deux Ecoles ?

Personnellement, répondant affirmativement à cette dernière question, il nous paraît délicat d'ériger un système universel à partir de cas cliniques ne représentant, à notre avis, qu'un des nombreux aspects de cette affection.

Enfin, ce modeste travail souhaiterait toutefois s'inscrire dans un courant de pensée nouvelle. En effet, après le travail de pionniers de nos anciens maîtres, travail de défrichage dont la valeur et l'intérêt ont résisté malgré tout aux assauts les plus violents, mais travail qui aboutissait, il faut bien le reconnaître, à la « mise en herbier » de nos malades et à des théories psychopathologiques prématurées ; la pensée Freudienne est venue réactiver notre besoin de recherche, mais il en est résulté alors un catalogue « d'histoire de cas » avec une mise à l'index de la séméiologie et de la nosographie classiques jugées comme désuètes. Qu'importe la précision du diagnostic, puisque l'essentiel est dans la valeur de la relation !

Actuellement, il paraît souhaitable, sans pour autant négliger en aucune façon tous les apports les plus divers venus enrichir l'étude de cette affection, de reprendre une approche à la fois minutieuse et globale du malade, de type séméiologique et épidémiologique. Ce n'est qu'après des années de recherches dans ce sens que pourra valablement se définir une nosographie nouvelle.

Une pareille approche nous a paru nécessiter l'emploi de normes méthodologiques rigoureuses.

Après un bref rappel historique faisant le point des écoles anciennes et modernes et des diverses lignes de recherche actuelle, nous examinerons la validité de ces normes méthodologiques utilisées. Puis, après l'exposé des moyens d'investigation, nous verrons dans quelle mesure on peut établir entre les divers facteurs considérés (somatiques, psychologiques, sociologiques) des corrélations significatives ; certaines, on le verra, ne seront que des confirmations ou des rappels de données déjà admises ou plus ou moins tombées dans l'oubli ; d'autres, au contraire, apparues durant cette étude, devront être soigneusement analysées et comparées avant d'en déduire la moindre signification pathologique.

Enfin, nous tenterons après les avoir justifiées, d'intégrer nos « subdivisions » épidémiologiques à un système étiopathogénique provisoire, tenant compte de l'ensemble des données actuelles.

Notre souci constant ne fut pas d'innover, mais de rechercher à mieux cerner l'histoire épidémiologique de quelques sujets schizophrènes, hospitalisés à un certain moment de leur vie, dans les services sectorisés d'un hôpital psychiatrique départemental.

HISTORIQUE

HISTORIQUE

GENERALITÉS.

Il s'agit d'une affection grave, chronique et fréquente. Ce terme de schizophrénie, mentionné parfois dans certains écrits de la presse « à prétentions scientifiques », définit pour le grand public un état de folie consommé, et pour le praticien, une affection complexe dont le nombre des études, joint à la multiplicité des voies de recherche les plus diverses, exprime assez, et l'intérêt qu'on lui porte et sa résistance aux investigations.

HISTORIQUE.

« L'idiotie acquise » du siècle dernier, décrite par Esquirol, puis « la démence simple des jeunes » de Morel, semblent être les tous premiers signes de la reconnaissance de troubles psychiques particuliers survenant chez des sujets jeunes.

En fait, il faudra attendre les travaux de Hecker et Kahlbaum, isolant l'hébéphrénie et la catatonie, et surtout le remarquable effort de synthèse, de Kraepelin, pour que ce tableau clinique soit non seulement inventorié, mais reconnu comme une entité nosologique.

C'est l'ère de « la démence précoce », regroupant l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde. Cette affection initialement reconnue par Kraepelin aboutissait à un déclin des facultés intellectuelles, par une évolution progressive et inéluctable (ce qu'il fut amené d'ailleurs à considérer vers la fin de sa vie comme trop exclusif).

1911 marque la deuxième tentative de synthèse dans l'étude de cette affection avec la communication de Bleuler. Ces trois formes cliniques, précédemment citées, ont en commun, pour Bleuler, non pas un affaiblissement des facultés intellectuelles, mais une dissociation : ce qu'il cherche à

exprimer sous le vocable de schizophénie (du grec = couper). Il réunit ainsi « un groupe de psychoses qui évoluent tantôt d'une façon chronique, tantôt par poussées, et peuvent s'arrêter à chaque stade ou repartir, mais sans retour complet ad integrum ».

Le relâchement des associations d'idées, joint à l'autisme (polarisation du sujet sur son monde intérieur) et à une irrégularité des réactions affectives, constituent pour Bleuler les symptômes cardinaux de la maladie. Les autres signes : hallucinations, sentiment d'influence extérieure, sont inconstants et qualifiés d'accessoires. Quant à la conception étiopathogénique, Bleuler avance d'abord l'idée « d'une affection physiogène », c'est-à-dire « à base organique », tout en reconnaissant une « telle super-structure psychogène que la majorité des symptômes relève de facteurs et de mécanismes psychologiques ».

Actuellement, trois conceptions semblent s'affronter et peuvent se schématiser ainsi :

I. — *Une tendance à une conception unitaire* de la schizophrénie, exprimée notamment dans les travaux de Ey et Follin en France et de Binswanger en Allemagne et mentionnée ainsi lors du rapport à l'O.M.S. (Genève, septembre 1957) : « Syndromes hétérogènes avec une structure psychologique commune ».

II. — *Une conception organiciste*, s'exprimant par des voies de recherche les plus diverses :

● Morphologiques : Kretschmer insistant sur l'aspect longiligne : leptosome, et Minkowski, sur la constitution schizoïde.

● Génétiques : notant les variations du risque de morbidité (1 % pour l'ensemble de la population), allant jusqu'à 7 à 15 % pour la fratrie ou les enfants d'un schizophrène, 40 % lorsque les deux parents sont atteints par l'affection et 86 % pour des jumeaux homozygotes.

● Anatomo-pathologiques : permettant la description de la démence neuro-épithéliale (Buscaïnoh et Klippel), la distinction entre les encéphaloses à dégénérescence neuro-ectodermique et les encéphalites (Lhermitte et Marchand), les « cellules rétractées » de Vogt (Schwundzellen : 1954).

● La mise en cause de facteurs endogènes résulte des travaux de Baruk et de Jong sur les catatonies expérimentales et les endotoxines colibacillaires, d'Hoskins sur les troubles des mécanismes cellulaires d'oxydation et plus récemment de Denver. Guiraud a insisté sur le rôle joué par le diencéphale et les Soviétiques sur le dysfonctionnement parasympathique. D'autres hypothèses n'ont pas manqué d'être soulevées : dysfonctionnement cortico-surrénal dans les

réponses au stress (Pincus), dysmétabolisme de la sérotonine et des corps à noyau indol, « allergie émotionnelle ».

● Certains concomittants exogènes ont été aussi remarqués : plus grande sensibilité des schizophrènes à la tuberculose avec régression des symptômes à l'occasion d'une poussée, rôle éventuel de l'alcool responsable de l'aspect paranoïde de l'hallucinose de Wernicke, rôle des traumatismes crâniens.

III. — *Une conception psychogénéticienne* où la phénoménologie (Minkovski), la sociologie (Devereux), et la psychanalyse (notamment Nacht et Sullivan), mettent l'accent sur le rôle déterminant des troubles du développement de la personnalité et la succession des événements contemporains pénibles.

Les antagonismes souvent fréquents entre ces deux dernières conceptions ont suscité en réaction à la fois un regain d'intérêt et le désir de nouvelles investigations. Nous mentionnerons :

● La réalisation des psychoses expérimentales (Delay).

● L'étude la valeur et de la signification d'un symptôme (Daumezon et coll.).

● La description du syndrome discordant (Abely au Congrès de Lille, 1960) plaide pour « la matière » et insiste sur le fait que « même dans une étiologie apparemment très psychogène, il y a toujours quelque part un point de fragilité de la matière vivante... fragilité biologique prédisposante ». Cette conception s'était déjà exprimée dans les travaux de Claude (1926) et de Dublineau (1935).

Plus récemment, Borel, faisant le point sur l'inanité des efforts de recherche sur cette affection, rappelait que « toute vie psychologique s'exerce au moyen d'un appareil nerveux, support des représentations de la conscience et de la mémoire... (et que) toutes les fonctions mentales mettent en jeu une activité physiologique sous-jacente ». Il estime que « la banalité des causes psychologiques alléguées contraste de façon trop frappante avec la gravité d'une affection qui ne guérit pas... ».

Si bien que la synthèse conceptuelle de Bleuler se trouve actuellement déchirée par plusieurs « schismes » s'opposant entre eux.

Enfin, tout récemment, des enquêtes épidémiologiques, déclenchées depuis quelques années déjà sous l'impulsion d'auteurs anglo-saxons (Masterson) et scandinaves (Langfeldt, Holmboe, Astrup) sont venues s'ajouter à la masse imposante des travaux consacrés à la schizophrénie. Ces auteurs (dont les études portent sur un grand nombre de

cas) reconnaissent à la lumière de leur approche statistique, l'existence de psychoses « schizophréniformes » de bon pronostic et de psychoses « à noyau schizophrénique » caractérisées par des signes propres et une évolution défavorable.

D'autre part, nous nous garderons d'oublier la tentative de « conciliation » d'Arietti, à propos de la schizophrénie réunissant les diverses données biologiques, psychologiques et psychanalytiques actuelles.

*
* *

En définitive, cet historique témoigne assez du vif intérêt pour cette affection bizarre du sujet jeune et de la complexité des facteurs en cause, socle de l'entité morbide schizophrénique.

Il montre combien paraissent incertaines les diverses hypothèses échafaudées et combien l'impénétrabilité, symptôme majeur du schizophrène, semble être aussi la défense naturelle que la schizophrénie oppose aux chercheurs.

Mais il nous semble aussi pouvoir justifier l'existence et les intentions de notre travail, dont nous allons étudier maintenant la méthodologie.

*
* *

MÉTHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

I. — MATERIEL DE L'ENQUETE : TYPE DE POPULATION.

Nous nous sommes adressés à une population de malades des deux sexes, dépendant de trois services sectorisés (*) d'un hôpital psychiatrique départemental (**). Il s'agit d'une population homogène, de même origine géographique (il est à noter que le nombre de malades ne relevant pas du secteur est inférieur à 3 %) et de milieu urbain ou rural identique.

Notre enquête s'est établie selon deux directions : rétrospective, par le dépouillement des dossiers de malades sortis, éventuellement complétés lors des post-cures, et prospective, grâce aux malades hospitalisés au moment de cette enquête.

Nous nous sommes inspirés, pour les modalités d'approche, d'enquêtes similaires antérieures, et notamment à l'étranger, celles d'auteurs anglo-saxons (Masterson), scandinaves (Langfeld, Holmboe), et en France, des travaux de Leconte et plus récemment Bruneti.

II. — DONNEES DE L'ENQUETE.

Nous avons répertorié non seulement les coordonnées psycho-sociales générales, les destinées institutionnelles de chaque cas, telles qu'on les retrouve dans les fiches de l'I.N.S.E.R.M., mais aussi des données supplémentaires familiales, personnelles... apparues lors de la première enquête et complétant ainsi l'historicité de chaque cas.

---

* Deux services femmes : Drs DUPONT et HUGUET, un service hommes : Dr AUDISIO, que nous tenons à remercier vivement pour leur collaboration et leur appui constant.

** Hôpital Psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

1° *Le diagnostic :*

Il s'agit de malades schizophrènes, classés 02 (*) dont le diagnostic fut établi par le même observateur et corroboré par plusieurs médecins. Cette population fut fractionnée pour les besoins de l'enquête en quatre formes cliniques :

- 1 : bouffée délirante
- 2 : hébéphréno-catatonie
- 3 : psychose paranoïde
- 4 : forme pseudo-névrotique.

2° *Les trois tranches d'âge :*

Cette étude, faite dans les limites d'âge de la morbidité actuellement reconnue (15 à 44 ans), a été subdivisée en trois tranches selon les normes internationales de recherches :

- Première tranche : 15 à 24 ans.
- Deuxième tranche : 25 à 34 ans.
- Troisième tranche : 35 à 44 ans

Outre ces données psycho-sociales générales, nous avons tenté d'étudier plus particulièrement tous les facteurs pouvant avoir un rôle déterminant dans la genèse de cette affection.

3° *Le milieu familial :*

Notre étude a porté sur :

- les antécédents des parents (hérédité, caractère, profession, maladies) ;
- l'équilibre du couple (parents divorcés, décédés, âgés) ;
- l'attitude parentale à l'égard du malade : notion pas toujours facile à apprécier et variable avec l'observateur. L'hyperprotection est une qualité maternelle naturelle.

(*) Classification actuelle de l'INSERM.

Le frein paternel à cette hyperprotection semble important. Nous avons tenté surtout de juger de la résultante globale face à l'enfant des deux attitudes parentales ;

- l'attitude de la fratrie ;
- les éventuelles transplantations (géographiques, socio-culturelles et linguistiques).

4° *Le climat socio-culturel :*

Ce facteur nous a paru important puisqu'ayant présidé tant aux premières années du développement psycho-moteur de l'enfant qu'à son adolescence et à sa vie d'adulte (guerres, crises, obligations militaires...).

5° *La biographie du « futur schizophrène » :*

Nous avons répertorié :

- les circonstances de la naissance : grossesse désirée, normale, perturbée, accouchement à terme, prématuré, compliqué, mensurations de naissance, réanimation éventuelle.
- Les anomalies du développement psycho-moteur : instrumentalité (première dent, marche, parole) ; énurésie primaire ou secondaire ; conduites alimentaires.
- Terrain et personnalité : forme du caractère ; structure de la personnalité ; « consistance de la personnalité » ; rang dans la fratrie.
- Niveau de scolarité : sanctionnée par un échec au C.E.P. ; C.E.P. ; C.A.P. ; B.E.P.C. ; baccalauréat ; études supérieures.
- Catégories socio-professionnelles : réparties selon les neuf catégories de l'I.N.S.E. modifiées par l'I.N.S.E.R.M. Nous avons rangé dans la dernière catégorie (10) les « sans profession ».
- Les agressions psychogènes et somatiques : survenant moins de deux ans avant l'éclosion du premier phénomène mental, déterminant des troubles patents et entraînant ultérieurement une hospitalisation. Nous avons étudié leur nature :

  — psychogènes : ruptures, agressions sexuelles, insécurisation, isolement, échec professionnel...

  — somatiques : syndromes infectieux, syndromes hépato-digestifs, traumatismes crâniens, troubles endocriniens,

troubles allergiques, sensibilité épileptogène, toxicomanies... et leur fréquence selon une étude « longitudinale » de chaque cas.

6° *Le malade schizophrène :*

- Motifs de la première hospitalisation :

— divisés en troubles non spécifiques : troubles du comportement, troubles caractériels ; en troubles aigus suspects : expérience délirante primaire, et en autres manifestations : dysthymie, état de stupor...

aboutissant à des états typiques classés selon les formes cliniques classiques ou à des états moins typiques.

- Fréquence et durée des hospitalisations : nous avons étudié la fréquence des hospitalisations en cinq ans, leur durée, l'intervalle entre les deux premières hospitalisations et le temps passé hors l'hôpital.

- Formes cliniques :

En comparant ces quatre facteurs et leur moyenne avec la présence ou non d'anomalies de grossesse, de troubles du développement psycho-moteur et de troubles somatiques, nous avons cherché s'il ne se dessinait pas, au sein des formes cliniques classiques, des corrélations significatives.

- Investigations biologiques :

Leur étude se justifie d'une part sur la recherche d'un éventuel rôle déclenchant, et, d'autre part, sur la tendance actuelle à ces sortes d'investigations.

Ce travail, en prospective, a porté sur :

— l'élimination des stéroïdes urinaires ; dosages des 17 Céto et 17 OH par les méthodes d'Henry et Nowaczynski. Interprétation délicate lors de déséquilibre endocrinien concomitant, et chez les femmes : la bouffée délirante du post-partum et l'existence du cycle menstruel.

les variations de l'électrophorèse des protides : là encore, rôle de l'hépatothérapie, d'affections concomitantes : cirrhoses, collagénoses...

- les variations des tracés électroencéphalographiques.

*
* *

CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE :

Cette critique repose sur deux causes d'erreurs engendrées par les deux facteurs considérés :

— L'observateur : certaines critiques pourront s'élever contre le besoin de perception rassurante d'une telle affection grâce aux méthodes inspirées des mathématiques. D'autre part, nous savons quel est le rôle de la subjectivité dans l'appréciation de certaines données (ex. : le diagnostic, qui fut contrôlé par plusieurs médecins). Enfin, nous avons conscience de l'emploi malhabile du « langage » : instrument imparfait, imprécis, mais indispensable, tout au long de cette enquête.

— L'enquête : Là, plusieurs réflexions s'imposent concernant :

- Le nombre malgré tout limité de cas (176) ;
- La variabilité du phénomène observé ;
- L'impossibilité de dépister, de retenir et d'analyser tous les facteurs « sortants » ;
- Les recherches auprès des familles furent plus ou moins dénaturées par leur besoin de « saisir » organiquement l'affection, leurs préoccupations à l'égard de leur malade, essentiellement somatiques (alimentation, cycle menstruel), leur besoin plus ou moins inconscient de déculpabilisation.
- L'absence de comparaison avec des témoins ou par « double blind » dans les études longitudinales et les investigations biologiques.

RÉSULTATS

RÉSULTATS

A — Bruts (cf. tableaux et figures).

B — Interprétés :

— la constellation familiale,

— le climat socio-culturel,

— le terrain et les agressions.

A. - *RESULTATS BRUTS.*

S'exprimant essentiellement d'une manière quantitative, une interprétation ne semble pas nécessaire. Il conviendra de se reporter aux tableaux et figures.

Nous verrons successivement :

— *Proportion de schizophrènes retrouvés à l'H.P.D.* (*) (fig. I) : soit 9,4 % de sexe masculin et 7,7 % de sexe féminin. Il semble utile de le comparer avec ces chiffres :

Anciens	B. délir.	D.P.	Schizophrénie
Magnan	20 %	—	—
Hraepelin	—	30 %	—
Bleuler	—	—	45 %
Claude	5 %	10 %	15 %
MODERNE DE LA CLASSIFICATION			
Française	5 %	—	20 %
Internationale	—	—	35 %

Nos schizophrènes représentent 9,4 % et 7,7 % de l'ensemble de la population d'hospitalisés. Ce chiffre est d'autant plus faible que sont compris dedans les formes aiguës, type bouffées délirantes. Celles-ci, isolées, ne représentant que 2,2 % (hommes) et 1,5 % (femmes).

De toute façon, en considérant que l'échantillon de nos schizophrènes des deux sexes reproduit à peu près 10 % de l'ensemble, le calcul statistique montre que, pour un risque

* Hôpital Psychiatrique Départemental.

de 1 %, l'intervalle de confiance se définit entre les limites suivantes, 4 % et 20 % : ce qui admet notre échantillon comme valable, puisque retrouvant les normes classiques.

— *Répartition selon l'âge* (fig. 2).

Le sexe féminin semble plus sensible dans la première moitié de la vie.

— *Répartition selon les diagnostics* (fig. 3 et 3 bis).

On notera l'importance des formes hébéphréniques dans le sexe féminin, et le pourcentage similaire des formes paranoïdes et pseudo-névrotiques. On rapprochera ces chiffres de ceux du tableau de la page précédente.

— *Etude de l'âge en fonction des diagnostics* (fig. 4).

L'importance des formes hébéphréniques (sexe féminin) se situe entre 15 et 24 ans, soit la première tranche d'âge ; quant à la fréquence des bouffées délirantes, elle diminue avec l'âge dans le sexe masculin, avec à signaler, un pic entre 25 et 34 ans dans le sexe féminin.

— *Le diagnostic et le niveau scolaire* (fig. 5).
On remarque de suite le lourd tribut que paient à la maladie les « sans C.E.P. » des deux sexes, avec, toutefois, prédominance du sexe féminin. En fait, c'est là l'illustration du niveau des clients habituels de l'H.P.D.

— *Répartition des catégories professionnelles* (fig. 6).

Le spike au 6 s'explique, là encore, par la clientèle habituelle de l'H.P., puisqu'il représente les apprentis, manœuvres, ouvriers, etc. ; quant à celui du 9, il ne s'agit pas de retraités, mais d'élèves, étudiants et de ménagères. Tout au plus pourrait-on s'inquiéter de l'importance des cas de la catégorie 2 (patrons de l'industrie et du commerce) qui, normalement, devraient se retrouver en clinique privée.

— *Fréquence des hospitalisations, selon les diagnostics* (fig. 7).

Hospitalisations plus fréquentes dans le sexe féminin (trois fois plus que chez les paranoïdes de l'autre sexe). Il semble que les schizophrènes femmes fassent, à la fois, des séjours plus courts et que la tolérance du milieu soit moindre.

— *Motifs de la première hospitalisation* (fig. 8).

Il est très intéressant de remarquer, selon les sexes, le balancement entre bouffées délirantes et troubles du compor-

tement motivant la première hospitalisation. En effet, la bouffée délirante chez l'homme, en milieu professionnel, semble entraîner presque toujours l'hospitalisation, alors que, pour une conséquence identique dans le sexe féminin, il faut des troubles du comportement s'exprimant en milieu familial. On remarquera aussi la fréquence des dysthymies féminines.

— *Attitude parentale en fonction des diagnostics* (fig. 9).

On retrouve ici très nettement les rôles importants que jouent l'hyper-protection parentale dans la genèse des formes hébéphréniques et du rejet dans celle des formes paranoïdes.

Fréquence de certains antécédents accusés d'avoir un rôle déterminant dans la schizophrénie (voir tableau à fig. 10). Les chiffres de notre enquête ne semblent pas confirmer les diverses hypothèses accusant certains facteurs de jouer un rôle dans le développement d'une schizophrénie.

Grossesse anormale	7 à 8 %
Accouchement anormal	11 à 13 %
Troubles du développement psychomoteur	7 à 23 %

Ce dernier chiffre se révélant plus important dans le sexe féminin.

— *Rôle des facteurs psychogènes*, survenant moins de 2 ans avant le début des troubles (fig. II).

On notera l'importance chez les femmes des agressions sexuelles et des conflits familiaux graves.

— *Rôle des facteurs somatiques*, survenant moins de 2 ans avant le début des troubles (fig. II).

Dans les deux sexes, on remarquera l'importance des syndromes infectieux, et la prédominance dans le sexe masculin des syndromes hépato-digestifs et des traumatismes crâniens, dans le sexe féminin, celle des troubles endocriniens. Enfin, on

notera, notion déjà connue, le faible taux (2 % et 5 %) de phénomènes allergiques.

— *Etude de certains concomitants biologiques.*

a) Elimination des stéroïdes urinaires : nous n'avons pas noté de répartition très nette entre les divers diagnostics, et de parallélisme entre les variations de l'élimination et les diverses formes cliniques. Par contre, lorsque l'on différencie les malades en phase de stabilisation et en phase de dernier cas, une augmentation de l'élimination des 17 OH. lutte, il semble ressortir avec une certaine netteté dans ce Ceci pourrait présenter une certaine analogie avec les variations des 17 OH constatées dans les réactions de stress.

b) Electrophorèses des protides : certains malades (somato-psychoses) semblent présenter, avec une certaine fréquence, un pic aux alpha deux, béta, gamma globulines.

c) Tracé électro-encéphalographique : aucune spécificité n'a pu être retrouvée.

D'autres travaux sont en cours, et en particulier, des investigations, sur l'élimination chez les schizophrènes, de la 5-hydroxy-tryptamine.

B. - *LES RESULTATS INTERPRETES.*

En cours d'étude, ou lors de leur totalisation, plusieurs résultats nous ont semblé nécessiter des investigations particulières et une étude plus minutieuse. C'est ainsi que :

1° l'attitude parentale, et par là, une meilleure approche de la constellation familiale et de son histoire, nous a paru devoir mériter une recherche plus approfondie, de même que :

2° le climat socio-culturel (guerres, crises...) ;

3° l'étude « longitudinale » de chaque malade en examinant plus particulièrement :

— la fréquence selon les diagnostics des agressions psychogènes et somatiques déterminant des troubles patents dans les deux années suivantes, et entraînant ultérieurement une hospitalisation ;

— les possibilités d'isoler au sein de chaque forme clinique classique, des « subdivisions » selon le nombre d'hospitalisations en cinq ans, l'intervalle entre les

deux premières hospitalisations, le temps passé pendant cinq ans hors de l'hôpital, et les divers antécédents notables (anomalies de grossesse, développement psycho-moteur retardé, troubles somatiques).

Ceci aboutissant à :

— la nécessité d'isoler certaines formes que nous appellerons « pseudo schizophrénies » ;

— un nouvel essai de synthèse et d'étio-pathogénie, à la lumière des résultats de cette enquête épidémiologique.

1° *LA CONSTELLATION FAMILIALE ET SON « HISTOIRE »*

ANTECEDENTS. — Il convient, de prime abord, de rappeler que le risque de morbidité de 1 % s'élève à 7 à 15 % pour un élément d'une fratrie de schizophrènes, à 7 à 16 %, pour un enfant dont un des parents est atteint de schizophrénie, et à 40 à 68 % pour un enfant dont les deux parents sont touchés par cette affection.

Il est certain que l'équilibre psychologique d'une famille de schizophrènes (comme le rappelaient MEYERS et GOLDFARB) est inférieur à celui des familles dépourvues de psychotiques.

Déjà, de nombreux auteurs ont souligné dans la schizophrénisation d'un sujet le « manque d'affection, les restrictions alimentaires, l'abandon sévère et précocissime, même avant la naissance, non tempéré par le père, car le foyer est dissocié... » (SCHWEICH), le système de coercition établi par la mère, un monde artificiel sans échange affectif (SIVADON et MISES) remarqués dans l'analyse de ce schizophrène dont la mère « souhaitait le garder malade plutôt que de le voir lui échapper ».

Mais, l'étude « du milieu familial » (DELAY - DENIKER - GREEN) la communication de P. BOUR (Congrès de ZURICH 1957), le travail de SPOERRI, et l'ouvrage de BASTIDE, sur la « Sociologie des Maladies Mentales », ont plus particulièrement guidé et inspiré notre étude.

ETUDE DES PARENTS. Nous avons noté :

— le rôle que joue la présence d'antécédents psychotiques chez les grands-parents dans les conséquences éducatives : constitution d'une famille « rétractée sur elle-même », création de tabou, témoin cette fille « formée » vers 9 ans, et qualifiée régulièrement de vicieuse par la mère et la grand-mère, d'aspect d'ailleurs particulièrement androïdes ;

— le couple déséquilibré, retrouvé dans 70 % des cas (selon SIMON). Nous avons relevé plusieurs facteurs de déséquilibre parmi lesquels semblent jouer un certain rôle le divorce ou le décès (sans magnification du parent absent par le parent présent, ni substitut du parent absent), la mésalliance réalisant une « mixture » hétérogène de milieux ruraux-urbains, et de niveaux socio-professionnels différents aboutissant à la recherche forcenée de promotion sociale : ce qui entraîne inéluctablement une dévalorisation du père aux yeux de l'enfant ; la mésentente avec inversion des rôles respectifs du père et de la mère amenant là encore, une dévalorisation paternelle, et des difficultés d'identification pour l'enfant, voire dans certains cas, des réactions d'érotisation homosexuelle. Enfin, il faut signaler aussi le grand âge et les troubles psychopathiques.

Au sujet du couple, il nous faut insister sur le fait que le rôle prédominant de la mère « captatrice » n'a pas été retrouvé mais que par contre, ce qui semble avoir une influence plus définitive serait l'attitude du couple parental, face à l'enfant, cette attitude étant, elle-même, la résultante des inter-actions à l'intérieur du couple. Le père aurait même peut-être un rôle plus important, dans la mesure où il devrait agir comme un frein sécurisant au maternage anxieux de la mère. Cette attitude globale du couple à l'égard de l'enfant va prendre les deux formes extrêmes, avec bien entendu des degrés intermédiaires, semblant correspondre aux deux formes cliniques de l'affection considérée : à savoir, forme soit étouffante, chez les hébéphrènes, soit rejetante chez les paranoïdes ;

— la qualité des relations couple-enfant : nous avons tenté d'en juger selon essentiellement trois facteurs.

L'hyper-sensibilité de l'enfant aux premiers âges de la vie à une brusque modification de la qualité de ses relations (ceci à rapprocher des conclusions de GREEN sur les carences parentales avant cinq ans) nous a paru un facteur important. De même l'absence de sécurisation ou participation de l'enfant à l'angoisse du couple (témoin l'exemple cité par BOUR : « ruine » annoncée à une fillette de neuf ans par ses parents), et le rôle que joue la nourriture, support, voire substitut, de la tendresse maternelle. Enfin, nous savons que l'image de chacun des deux parents selon le type (pour SIMON, trois types de mères : virile-dominatrice, érotique-coquette. maternelle-couveuse, et pour DENIKER, trois types de pères : dominateur, démissionnaire, absent) permettra ou non l'indispensable identification avec découverte de sa propre personnalité, suivie de l'établissement de relations.

ETUDE DE LA FRATRIE RESTANTE.

Plusieurs attitudes ont pu être observées, soit attitude de rejet secondaire à l'éclosion de la maladie, soit maternage

infantilisant, voire réaction hystériforme avec simulation inconsciente, dans le but de bénéfices secondaires, des symptômes du malade (exemple fourni par cette jeune fille de 22 ans, présentant à son entrée, un aspect paranoïde se révélant être par la suite un état de simulation des symptômes de son frère hospitalisé pour schizophrénie.

LE RANG DANS LA FRATRIE.

On connaît les opinions classiques faisant de l'enfant unique, de l'aîné, du cadet, des sujets particulièrement fragiles. Récemment, SPOERRI, dans une enquête sur cent schizophrènes retrouvait le pourcentage suivant :

— enfant unique ..... 22 %

— aîné ..... 12 %

— cadet ..... 13 %

Ces positions considérées comme délicates, vu l'importance du hiatus existant entre l'enfant et le couple parental : différence d'âge, impression de « monstruosité » ressentie par le jeune, absence de modèle proche ou ce qui revient au même, modèle par trop éloigné, ont été depuis longtemps dénoncés par tous.

Pour notre part, nous avons trouvé dans les deux sexes les résultats suivants :

	Hommes	Femmes
Enfants uniques	17 (17 %)	12 (12 %)
Aînés	18 (18 %)	3 (0,3 %)
Derniers	24 (25 %)	19 (22 %)
Autres positions dans la fratrie ..	36 (37 %)	51 (60 %)

Il nous a paru toutefois plus intéressant d'étudier la répartition de ces diverses positions, selon les diagnostics (fig. 12). L'enfant unique semble se rencontrer plus souvent dans les formes paranoïdes ; l'aîné, conjointement avec la position de dernier, chez les hébéphrènes. Mais il nous semble nécessaire d'insister sur le fait que cette répartition, si elle explique facilement, voire « logiquement » à la lumière de théories modernes, très satisfaisantes pour l'esprit, ne paraît pas toutefois

franchement significative, vu l'importante proportion des autres positions rencontrées dans la fratrie.

LA TRANSPLANTATION FAMILIALE.

Il ne semble pas s'agir ici d'un facteur particulièrement déterminant, puisque s'élevant pour les changements de régions, à 7-8 %, à 6 % pour les transplantations dans une ambiance socio-culturelle différente, et à 7 % pour les émigrations dans un autre pays.

2° *LE CLIMAT SOCIO-CULTUREL*

Il ne nous a pas semblé inutile d'analyser l'ambiance socio-culturelle qui a présidé aux diverses étapes des toutes premières années de nos malades.

Les différentes tranches d'âge correspondent en effet (fig. 13) aux années de naissance suivantes :

— 3e tranche (35 à 44) = 1923-1932

— 2e tranche (25 à 34) = 1933-1942

— 1re tranche (15 à 24) = 1943-1952

Certes, on pourra noter peut-être des corrélations entre la répartition par tranche d'âge, et les différents événements ambiants. L'augmentation des cas pour les deuxième et première tranches n'est peut-être pas due aux influences de la 2e guerre mondiale, mais peut s'expliquer aussi par l'accentuation de l'efficacité du système d'assistance et de soins psychiatriques.

On sait plus généralement que certains (DEVEREUX) ont considéré les schizophrénies comme les psychoses ethniques implicables à notre civilisation. « La société semble dire, si vous devez être fou, il faut l'être de telle ou telle façon ; si vous faites autrement, on vous considérera comme criminel sorcier, hérétique... »

Au temps de CHARCOT, le XIXe siècle ne pouvait fabriquer que des hystériques. Le pourcentage actuel des hystériques ne dépasserait guère plus de 4 à 5 %, ce chiffre représentant d'ailleurs l'effectif des malades actuellement sensibles à l'effet placébo. De nos jours, « même les névrosés se conduisent comme des schizophrènes ».

Parmi les arguments avancés, ces auteurs insistent sur certaines « manières d'être » de notre civilisation qui favorise,

voire recommande, le repliement et l'hyporéactivité (« l'individu au visage de pierre ») mais aussi, l'impersonnalité, l'inaffectivité, la juvénalité à tout prix.

« La Société (...) ne valorise pas la personnalité, ni le caractère, mais une marque déposée », ajoute DEVEREUX.

Dès lors, la « schizophrénie » serait la manière de mourir des Sociétés...

3° *LE TERRAIN ET LES AGRESSIONS*

A - LE TERRAIN. Il nous paraît être la résultante des circonstances ayant présidé à la naissance de l'enfant, tant sur le plan somatique, que sur le plan psychique et socio-culturel. Nous avons vu que les anomalies de naissance (7 à 13 %) ont été dans notre enquête assez rarement retrouvées ; plus fréquemment, nous avons pu mettre en évidence des troubles du développement psycho-moteur puisque les limites de ce pourcentage s'élèvent de 7 à 23 %. Néanmoins, ceci semble insuffisant pour tout expliquer, il nous faut donc étudier plus particulièrement :

LA PERSONNALITE.

Il ne s'agit pas là de faire une enquête exhaustive et à développements philosophiques sur les divers aspects que prend la personnalité d'un schizophrène.

Nous nous bornerons à mentionner différents caractères remarqués dans les cas de notre enquête, concernant :

— *leur forme :* il semble difficile de dégager une forme unique particulièrement prédisposante à cette affection. En effet, tantôt on retrouve une forme semblant tout à fait satisfaisante, tantôt on perçoit déjà des signes avant-coureurs de haute valeur suspective : troubles caractériels, mythomanies, délits, fugues, fréquentation scolaire irrégulière, etc.

— *leur structuration :* là, un caractère domine ; quel que soit le niveau scolaire ou professionnel, on retrouve l'absence à peu près complète de structuration avec aspect de juvénilité prolongée ou attardée. Ces structurations (ou plutôt leur absence) donnent l'aspect, par leur absence « d'ordre interne », de nébuleuse.

— *leur consistance :* le jeune « pré-schizophrène » est inconsistant, incapable d'être quelqu'un. Il n'est pas déchiré entre ses « modèles » comme l'hystérique, mais il n'a pas réussi à en avoir. Nous n'avons pas retrouvé les classiques signes dégénératifs si souvent évoqués. Toutefois, le visage et le corps, en perpétuel changement, se modelant de l'inté-

rieur, finissent effectivement par refléter l'angoisse intérieure et la destruction progressive.

En fait, nous n'avons pas réussi à dégager un type pathognomonique de personnalité : tout au plus peut-on dire qu'il s'agit, antérieurement à l'éclosion du processus pathologique, d'un individu n'ayant pas pu être un personnage social, ou prétendre à un visage social. Ceci peut se produire aussi bien à 17 ans qu'à 35 ans. Et c'est à partir du moment où le milieu lui demande de faire la preuve qu'il est un adulte, que la « décompensation » se produit (exemple de ce jeune instituteur, assez brillant, hospitalisé d'urgence le matin de sa première classe).

Mais, là encore, ceci n'explique pas tout : le terrain ne semble qu'être la condition suffisante.

B - LES AGRESSIONS.

Nous nous sommes astreints à étudier essentiellement les agressions ayant précédé l'éclosion du premier phénomène mental. Et c'est par l'analyse de leur variété, de leur fréquence, et des inter-actions avec le MOI, que se poursuivra notre étude.

1° *Deux grands types d'agressions :*

a) *Psychogènes :* Elles sont définies comme autant de tentatives d'atteinte à l'intégrité du MOI. On a vu leur importance (de l'ordre de 27 à 40 %). Citons parmi les plus fréquentes : les mésententes, les séparations des parents durant la prime enfance, les décès, les insécurisations, les ruptures, etc. Tout dépend bien sûr de la charge affective investie dans un événement, et non pas de l'ampleur « absolue » de cet événement.

Les théories de la « réactivation » lors de la date anniversaire (SIVADON) ont paru se retrouver avec une fréquence non négligeable. Par contre, peu de phénomènes allergiques ont été observés.

b) *Somatiques :* Elles n'ont pas été retrouvées d'une manière permanente. Il convient même de dire que dans certains cas, aucun antécédent somatique n'a pu être remarqué. Toutefois, on a vu (fig. 11) l'existence de syndromes infectieux (16 à 23 %) et hépato-digestifs (10 à 36 %).

Dans les enquêtes d'autres auteurs, nous avons été frappé par le pourcentage important d'affections somatiques ayant précédé la survenue d'un état schizophrénique. Dans l'enquête de SPOERRI, portant sur 100 cas, 21 étaient marqués par des agressions somatiques graves, se répartissant ainsi :

— troubles neurologiques (chutes avec perte de connaissance, traumatismes crâniens) 6

— syndromes infectieux (microbien, viral) 13

— troubles métaboliques 1

— troubles allergiques 1

2° *Leur fréquence* (Ci voir figure 14).

En groupant toutes nos études « longitudinales », répertoriant pour chaque malade les diverses agressions psychogènes et somatiques et en calculant la fréquence moyenne selon les diverses formes cliniques, nous avons obtenu les 8 courbes de la figure 14. Ces fréquences moyennes se répartissent selon 6 sous-tranches d'âge. Ceci nous a permis d'abord de vérifier, s'il en était encore besoin, les deux zones de fragilité de l'enfance et de l'adolescence, correspondant respectivement à la première tranche (0 à 6) et troisième tranche (14 à 20). Nous avons retrouvé aussi, non seulement l'âge d'élection de ces affections (hébéphrène : troisième tranche, et forme paranoïde : quatrième tranche) mais encore, la zone « muette » des analystes et bien entendu, l'extinction progressive de la réactivité aux agressions avec l'âge.

Mais, notre étude s'est portée plus particulièrement sur les rapports entre les deux courbes de fréquences de ces agressions, et c'est ainsi que nous avons été amenés à constater :

— dans les bouffées délirantes, la fréquence à peu près équivalente des deux types d'agression ; ce qui rend compte, à notre avis, de la double participation, à part égale, dans la symptomatologie, des phénomènes psychiques et somatiques constatés;

— dans les hébéphrénies, l'hyporéactivité psychologique avec tentative d'équilibration par les affections somatiques. En effet, tout se passe comme si la nature informe et inconsistante de la structure psychologique ne permettait pas à l'individu de résoudre les situations insécurisantes et traumatisantes et que ce rôle se trouve délégué au SOMA. Il faut toutefois noter qu'il s'agit de valeurs moyennes, car certains hébéphrènes ne présentent pas ce profil de courbe ;

— dans les formes paranoïdes : à l'inverse, nous avons pu constater une sorte d'hyper-réactivité psychique : essentielle dans la conduite réactionnelle aux situations inconfortables de cet âge. Ce profil semble refléter les troubles d'aspect psychopatique pré-psychotique retrouvés dans les antécédents de ces malades. Cette hyper-réactivité psychique se trouve relayée à partir de la 4e tranche (21 à 27) et au-delà par une hyper-

réactivité somatique, tandis que le psychisme, lui, s'hyporéactive... voire se « cicatrise » par la constitution d'un délire ;

— dans les formes pseudo-névrotiques : la réactivité psychique suit et se trouve plus ou moins imbriquée à la réactivité somatique. Mais, le faible taux de notre échantillon de ces formes ne permet pas de déduire des résultats valables.

*
* *

L'étude et les résultats des fréquences des deux types d'agression considérés nous ont amené à la nécessité de subdiviser au sein des formes cliniques classiques, des « sous-formes » dont les caractères de similitude permettraient une unité. C'est en comparant pour chaque malade, le nombre d'hospitalisations en cinq ans, l'intervalle moyen entre les deux premières hospitalisations, le temps passé hors de l'hôpital, et les antécédents particulièrement notables : anomalies de grossesse, retards du développement psycho-moteur, antécédents somatiques de moins de deux ans, que nous avons été contraint d'isoler des sous-variétés (fig. 15).

1° *Moyenne du nombre d'hospitalisations en 5 ans :*

a) Pour les hébéphrènes, moyenne totale 2,8, se subdivisant en :

— malades hospitalisés sans interruption	Moyenne partielle	0
— malades avec antécédents somatiques	» »	2,2
— malades avec développement psycho-moteur perturbé	» »	2,7

b) Pour les paranoïdes, moyenne totale 2,7, se subdivisant en :

— malades avec troubles somatiques	Moyenne partielle	3
— malades sans troubles somatiques	» »	2,3

2° *Moyenne des intervalles entre les deux premières hospitalisations :*

a) Pour les hébéphrènes, moyenne totale 1,1 ramenée à un intervalle à peu près inexistant pour le premier groupe de malades, et s'élevant respectivement pour les 2e et 3e groupes à 2,4 et 0,5.

b) Pous les paranoïdes, la moyenne totale des intervalles est de 1,3 ; là encore, à peu près inexistante pour le premier

groupe, et passant à 2,6 pour le dernier groupe de malades isolés au sein des formes paranoïdes.

Ceci peut se récapituler selon le tableau suivant et permettra de mieux distinguer les diverses formes isolées.

	Naissance perturbée	Retard du développement psychomoteur	Troubles somatiques	Nombre hospitalisations (Moy.)	Intervalles (Moy.)
Hébéphrènes :					
1re forme	0	0	0	Permanent	0
2e »	+ —	+	0	2,7	0,5
3e »	+ —	+ —	+	2,2	2,4
Paranoïdes :					
1re forme	+ —	+ —	+	3	0
2e »	+ —	+	0	2,3	2,6

Il nous faut avouer que le calcul statistique, pour le degré de liberté considéré et le risque de 5 % choisi, ne montre pas d'une manière permanente, entre certaines de ces moyennes, de différence statistique nettement significative, eu égard sans doute à la valeur de l'échantillon examiné.

Néanmoins, cela nous a permis un découpage dont certaines normes pourraient paraître certes mathématiquement sujettes à des controverses, si une symptomatologie en fait totalement distincte, voire originale pour chacune de ces subdivisions, n'était venue les confirmer, et renforcer ce fractionnement issu de nos résultats.

C'est maintenant par l'étude de ces subdivisions, conséquence de nos confrontations entre les divers facteurs, et elles-mêmes illustrées d'exemples cliniques, que nous allons poursuivre.

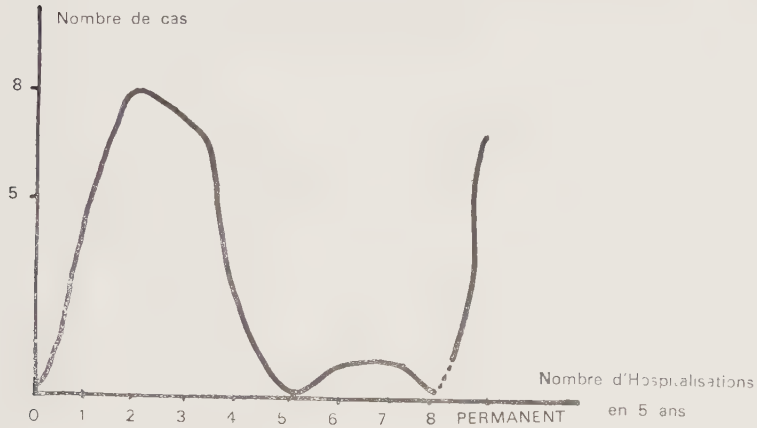
*
* *

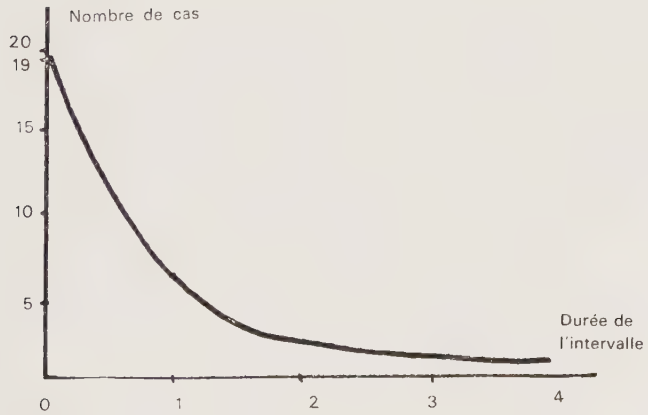
IV. - *DIFFERENCIATION DE SOUS-GROUPES*

AU SEIN DES FORMES CLINIQUES

A - *Formes hébéphréno-catatoniques.*

Les deux courbes suivantes, et le tableau dénombrant les divers antécédents pathologiques nous ont amené à différencier, au sein du groupe des hébéphrènes, trois variétés.





	Anomalies de grossesse et accouchement	Troubles du développement psycho-moteur	Antécédents somatiques
non retrouvés ..	24	8	20
retrouvés	3	16	8
non précisés	3	3	2

Ces trois variétés se répartissent ainsi :

1° *Une forme grave,* marquée par des hospitalisations à peu près permanentes, des séjours hors l'hôpital extrêmement rares, obligeant à des retours précipités, de très nombreuses réhospitalisations en cinq ans avec intervalle très bref entre les deux premiers séjours. On ne retrouve pas d'antécédent pathologique notable, la grossesse s'est faite normalement, l'accouchement sans histoire, pas d'agressions somatiques dans les deux ans précédant l'éclosion des troubles. Il s'agit de malades en nombre assez restreint (de 3 à 5 % ici). Semble en cause un processus de survenue brutale amenant progressivement une déchéance semblant irréversible ; le contact avec ces malades est quasi impossible, la thérapeutique à peu près inefficace. Des lésions organiques sont retrouvées avec régularité (atrophie corticale et assymétrie pupillaire, voire nystagmus en absence de tout processus tumoral).

Obs. 1 : *Marc E..., 19 ans, aîné de quatre. Parents allemands venus en France en 1945. Peu d'antécédents personnels ou familiaux notables. Fréquentation scolaire bonne, et vers 14 ans, début d'un fléchissement. Echec de la tentative de cours privés. Survenue brutale de troubles du comportement avec violences, ayant amené l'hospitalisation dans un service parisien, puis à l'H.P. Importante activité graphoréïque au début : création de la langue « afou » pour parler avec ses parents, néologismes (« picuiter » une lettre), dégradation progressive et irrémédiable. Obésité facio-tronculaire avec importante augmentation de l'élimination des 17 Céto-Stéroïdes (18,82).*

Obs. 2 : *Roger F..., 44 ans, hospitalisé depuis l'âge de 19 ans. Aucun antécédent notable (grossesse désirée et attendue ; poids : 3,5 kg ; développement psycho-moteur normal). Aîné de deux. Etudes secondaires brillantes : premier bac (17 ans) mention très bien ; deuxième bac (18 ans). Vacances en Bretagne après le deuxième bac. Un mois après, bouffée délirante*

amenant l'hospitalisation avec transfert à l'H.P. Dégradation progressive ayant abouti à l'état actuel, marqué par une vie végétative stricte. Atrophie corticale pariéto-occipitale.

Obs. 3 : *Bernard D..., 32 ans. Survenue brutale, vers 16 ans, d'un état dysthymique. Aucun antécédent notable. Depuis cet âge, enfoncement dans un état de type démentiel. III[e] ventricule et corne temporale dilatés.*

Obs. 4 : *Gilbert A..., 35 ans. Fils unique. Début des troubles vers 18 ans. Hospitalisé depuis cette période. Etat de déchéance irrémédiable avec indifférence, athymie et gâtisme. Ventricule gauche dilaté.*

2° *Une deuxième forme.* Elle est caractérisée par de nombreux points. Déjà, lors de la grossesse ou de l'accouchement on peut noter de fréquentes anomalies dont la fréquence ira en s'accentuant, particulièrement pendant la période de « l'élevage ». Le milieu familial est étouffant et semble former écran entre le monde extérieur et le jeune enfant. Il n'y a pas d'antécédents somatiques notables dans les deux ans précédant la survenue du processus, lequel processus surviendra très progressivement chez ce jeune sujet « informe et raté au départ ». Il s'agit là d'un nombre assez important de malades puisqu'il représente près de 60 % de nos hébéphrènes. Les séjours, de durée moindre que dans la forme précédente et quelques congés prolongés sont possibles. La thérapeutique neuroleptique, psycho et ergothérapique : véritable « appareillage » pour ces malades, semble délicate, mais efficace.

Obs. 5 : *Daniel F..., 18 ans. Deuxième d'une fratrie de quatre. Grossesse subie et accouchement anormal. Parole tardive. Enurésie intermittente jusqu'à 16 ans. Retard staturo-pondéral. Placé en I.M.P. pour compenser le retard scolaire vers 13 ans (aspect de débilité). Hospitalisé vers 15 ans à l'H.P. Phases de régression catatonique avec stupor complète, position fœtale, hyper-sialorrhée, sucion du pouce, barbouillage. En dehors de ces phases, assez bon niveau pragmatique, susceptible d'amélioration éventuelle, au jardin de l'établissement.*

Obs. 6 : *Martine D.., 24 ans. Dernière de deux. Prématurée de 8 mois. Retard important dans l'acquisition de l'instrumentalité et de la propreté. Fréquentation scolaire régulière, mais sans participation (perdue dans un rêve). Hospitalisée vers 22 ans pour état d'excitation atypique. Stabilisation actuelle toute relative.*

Obs. 7 : *Annick M..., 19 ans. Dernière de quatre. Grossesse normale, mais réanimation nécessaire lors de l'accouche-*

ment. Développement assez irrégulier, marqué par des phases régressives. Partage le lit de sa mère jusqu'à 8 ans. Souhaitait être institutrice, finit par passer tant bien que mal un C.A.P. de couturière. Peu appréciée de ses patronnes, jugée par elles comme « lente et rêveuse ». Vers 19 ans, état de stupor avec prostration, mutisme, hyporexie. Stabilisation relative sous neuroleptiques, mais activité encore réduite.

Obs. 8 : *Denise M..., 34 ans. Fille unique. Naissance sans histoire. Rien de signalé par les parents dans le développement psycho-moteur. Milieu familial puritain et rigoriste (père démissionnaire et éthylique, mère « étouffante ». Vers 10 ans, les bombardements (1944) obligent toute la famille à une émigration dans le Loiret ; peur panique de la jeune Denise ; huit jours après, apparition d'un érythème noueux (le bilan pulmonaire aurait été négatif), et vingt jours après, début des premières menstruations, considérées par le milieu familial comme « un signe de vice » vu la précocité de la formation. Vers 17 ans, les premiers rapports sexuels, consentis par la jeune fille, sont considérés affectivement et judiciairement par les parents comme une tentative de viol. Plainte est donc déposée. Entre-temps, études correctes de sténodactylo. Après la confrontation au Tribunal, survenue d'un apragmatisme avec désintérêt et vagues idées érotomaniaques. Tentative de réinsertion comme employée de maison ayant échoué. Hospitalisation pour troubles du comportement consécutifs à l'échec de cette tentative. Vague amélioration du niveau pragmatique dans le service, mais phases de « rétractation » transitoires.*

3° *Une troisième forme.* Dans celle-ci, on retrouve parfois, dans les antécédents, une grossesse anormale ou un retard du développement psycho-moteur, mais toujours avec un intervalle inférieur à deux ans, l'existence d'agression somatique. Il n'y a pas de signe dit dégénératif. Le milieu familial est correct et valable, réalisant parfois même « un couple harmonieux ». On a affaire là à des séjours brefs et parfois uniques. Nous avons noté dans quelques cas, après la phase aiguë du début, décapitée par une thérapeutique spécifique, une impression de « restitutio ad integrum ». Les antécédents somatiques semblant précipitants, sont de nature variable : syndromes infectieux, hépato-digestifs, traumatismes crâniens. Dans les jours ou semaines précédant l'hospitalisation première, on note avec une fréquence qui nous a surpris et que nous n'avons retenue qu'après de minutieuses vérifications, l'existence d'un syndrome « toxique », survenant au décours d'une phase de surmenage physique ou de conflits réalisant un tableau d'aspect pseudo-grippal : avec céphalées occipitales, lombalgies, coryza, douleurs orbitaires et HYPERSOMNIE, relayé par un tableau d'aspect entéro-

colitique, avec douleurs à type de crampes diffuses, pesanteur de l'hypochondre droit, selles liquides et état suburral des voies digestives.

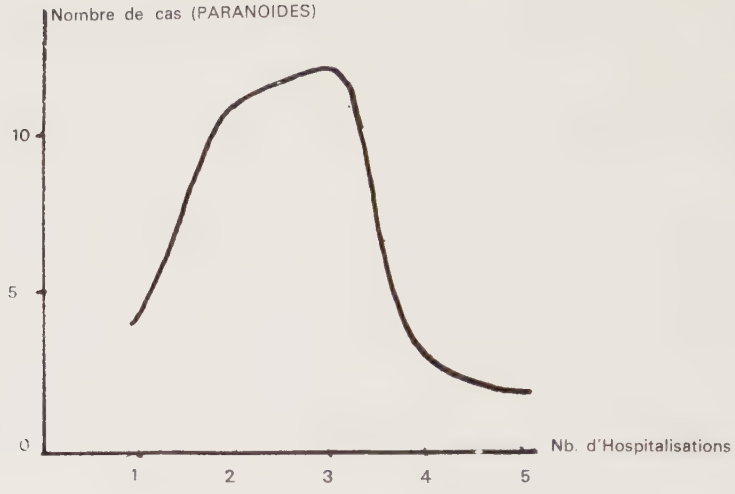
Ce syndrome (notons-le), sera retrouvé aussi dans une des variétés isolée au sein des formes paranoïdes.

Obs. 9 : *Didier L..., 17 ans. Dernier de quatre, tous bien portants. Magasinier. Naissance par césarienne ; développement normal. Milieu familial semblant uni et compréhensif. Ecole suivie normalement. Passionné de promenades en vélo. A 16 ans, traumatisme crânien avec perte de connaissance. Vers 17 ans, période de surmenage physique (150 km en vélo). Quelques jours après, apparition d'un syndrome « toxique » pendant cinq jours, relayé ensuite par un état d'aspect schizophrénique avec syndrome d'influence, automatisme mental (devinement de la pensée et commentaires), apragmatisme et hyporexie.*

Obs. 10 : *Nicole R..., 16 ans. Dernière de deux. Etudes de sténodactylo en cours. Naissance et développement normaux. A signaler, toutefois, milieu psychopathique : père ancien tuberculeux pensionné, mère subvenant aux besoins familiaux par le commerce discret, mais régulier de ses charmes, dont profite un petit ami de cœur. Antécédent d'ictère, puis de traumatisme crânien. Récemment rupture sentimentale ; va se consoler chez une grand-tante qui lui apprend... le métier de sa mère !!! Quinze jours après, survenue d'un syndrome « toxique », puis d'une impression d'irréalité de l'ambiance, « on me cameramanise », avec automatisme et influence. Dieu la conseille, c'est sa voix qui lui répète : « travail... plaisir... pour les hôpitaux ». Essai de traitement durant trente-cinq jours sous forme de détoxiquants en perfusions. Au décours de ce délai, sédation complète des troubles, critique des idées et des hallucinations. Suivie en post-cure. Réinsertion sociale actuellement satisfaisante.*

B - *Formes paranoïdes.*

De même, dans ces formes, les fréquences d'hospitalisation confrontées avec les autres chiffres témoins (intervalle entre les deux premières hospitalisations, etc.) et les antécédents pathologiques (cf. courbe et tableau ci-dessous), nous ont amené à différencier au sein des formes paranoïdes deux variétés.



Nombre d'hospitalisations en 5 ans dans les formes paranoïdes

	Anomalies de grossesse et accouchement	Troubles du développement psycho-moteur	Antécédents somatiques
non retrouvés ..	26	16	17
retrouvés	2	12	18
non précisés	7	7	0

Ces 2 variétés se répartissent ainsi :

Ces deux variétés se répartissent ainsi :

1° *Une forme* survenant régulièrement au décours d'une affection somatique grave, marquée par de fréquentes réhospitalisations dont la première est très rapprochée, et par des séjours extra-hospitaliers de durée brève. On ne retrouve que très rarement des anomalies de grossesse ou d'accouchement, le développement psycho-moteur se fait, semble-t-il, chez ce sous-groupe de malades, d'une manière satisfaisante. Le milieu familial, si l'on note parfois quelques tendances « au rejet », n'en est pas moins assez fréquemment valable, sinon même, harmonieux. Ces formes sont remarquables par ailleurs, par un délire qui, quoique restant « flou, hermétique, mal systématisé » surprend par sa richesse et sa luxuriance. Si la thérapeutique est parfois délicate, la réinsertion sociale, elle-même fonction du niveau pragmatique, est bien meilleure que dans la deuxième forme.

Obs. 11. — *Marcel J..., 39 ans, aîné de deux. Père hospitalisé pour troubles thymiques (traités par E.C.), décédé lorsque le jeune Marcel a 25 ans. Ecole irrégulière. Instabilité professionnelle. A 25 ans, péritonite. Deux jours après l'opération, idées délirantes, très riches, à mécanisme hallucinatoire : « la princesse Margaret lui parle..., lui dit des choses..., il est en communication avec le spoutnik... » Des thèmes de grandeur et de filiation. Son niveau mental lui permet un Q.I. = 0,65. Depuis cette période, dix hospitalisations entrecoupées de bonnes réinsertions socio-professionnelles et familiales.*

Obs. 12 : *Pierre V..., 23 ans, dernier de deux. Père inconnu. Mère décédée quand il a 9 ans. Elevé par sa sœur aînée, mariée à un Vietnamien. Suit le lycée jusqu'en 4e, puis s'enfuit. A 16 ans, un ictère d'origine non précisée. Quinze jours après, présente une bouffée délirante nécessitant son hospitalisation dans un service spécialisé. La sœur et le beau-frère ne semblent plus vouloir s'occuper d'un « fou » et émigrent en Belgique. Pierre déambule. Nombreuses condamnations pour escroqueries, vols, grivèleries. Recours aux toxiques : éthylisme et kif. Accident de la voie publique en état d'ivresse, et traumatisme crânien. Hospitalisation à l'H.P. pour syndrome délirant avec excitation psycho-motrice, thème de grandeur et de puissance : « se prend pour Hitler, mais aussi pour Roberto Benzi ». Aspect maniaque des troubles, mais syndromes hallucinatoires, notamment auditifs très vivaces. Actuellement stabilité. Excellent niveau pragmatique.*

Obs. 13 : *Renée L..., 43 ans. Peu d'antécédents notables. Mariage tardif. Dix grossesses dont l'ami régulier n'est pas toujours le responsable. Deux mois après la huitième grossesse (37 ans) apparition d'un syndrome délirant avec phases de mutisme entrecoupées de brusques impulsions. Elle sort après un bref séjour, mais doit revenir presque aussitôt pour*

une rechute sur un mode délirant avec des thèmes, tout à fait différents, de puissance (« Je suis la connaissance universelle ») et néo-langage (« grossosso - conciper - répulatur »). Lors de la première entrée, on avait remarqué une glycémie à 2 g. Un bilan plus complet nous montra une épreuve d'hyper-glycémie provoquée perturbée, des troubles du lipidogramme (avec élévation du rapport béta/alpha) et... une hyper-ostose frontale interne. Actuellement, évolution après six réhospitalisations vers un aspect paraphrénique.

2° *Une deuxième forme* marquée, elle, par un développement psycho-moteur perturbé, un milieu familial très rejetant, et des antécédents psycho-pathiques. Dans les antécédents immédiats, on ne retrouve à peu près jamais d'affections somatiques graves. Les durées d'hospitalisation sembleraient moins longues et la fréquence moins répétée. L'attitude de ces malades présente très fréquemment un repli sur eux-mêmes, avec apragmatisme. Le délire, tout en restant « flou, hermétique, mal systématisé » est très pauvre et terne, n'utilisant, et ce, quel que soit le niveau mental du malade, que des thèmes ordinaires et communs. La réinsertion sociale est bien souvent difficile.

Obs. 14 : *Roger C..., 41 ans. Dernier d'une famille de cultivateurs. Scolarité très irrégulière. Mère décédée quand il a 9 ans. Refuse son avenir de fermier et préfère subsister en travaillant aux halles de Rouen. Clochardisation progressive. Il entend parler du Canada par des compagnons de libations et émigre (24 ans). Retour bref suivi d'une nouvelle émigration pour « travailler » dans les fermes, laver les voitures, ramasser les épluchures ». Un jour il est arrêté pour être entré (pour éviter de marcher sur un carreau noir, expliquera-t-il plus tard) dans un « women reserved ». Il s'agite et se retrouve dans une clinique spécialisée canadienne pour un bref séjour. A son retour, il accuse les gens de son hôtel de lui avoir volé les trois choses auxquelles il tient le plus : « ses diamants, son or, ses réveils ! ». Réhospitalisations fréquentes dans cette clinique, entraînant un rapatriement rapide vers la France. La famille se montre beaucoup moins tolérante et déclare ne pouvoir entretenir « un vicieux et un feignant ». Prétexte de vagues gestes sur une belle-sœur pour le faire rapidement hospitaliser à l'H.P. Depuis son entrée, aucun trouble de comportement, ne pose aucun problème dans ses relations vis-à-vis et du personnel infirmier et des malades, hormis celui d'un isolement dédaigneux et immuable associé à un apragmatisme intégral.*

Obs. 15 : *Michèle D..., 27 ans. Fille unique. Père décédé « devant ses yeux », elle a 5 ans. Mère jalouse, rejetante, préférant son confort personnel et affectif à sa fille, et confiant donc l'enfant à sa grand-mère. Etudes secondaires et supérieures (Droit). Primo-infection compliquée vers 23 ans, imposant un séjour en sanatorium. Déception sentimentale*

très vive lors de ce séjour. Elle part au Japon, avec une bourse d'étude de recherches. Subjuguée par la recherche du ZEN... et par un jeune Japonais. Brusque bouffée délirante, traitée et suivie de rapatriement immédiat. Hospitalisation dans un service parisien dont elle sort pour aller rejoindre sa grand-mère. Quelques mois après : nouvel épisode mutique avec négativisme complet, entrecoupé parfois de brusques agitations psycho-motrices, semblant représenter l'acmé de la phase délirante. Au cours de l'une d'elles, elle tente d'étrangler sa grand-mère. Transfert à l'H.P. A l'entrée, thèmes délirants de communication téléphatique rapidement nettoyés. En fait, perplexité délirante sous-jacente persistante. Suivie en dispensaire de post-cure. Réinsertion socio-professionnelle délicate.

Obs. 16 : *Alain B..., 31 ans, deuxième de trois garçons. Père préoccupé uniquement de ses affaires. Mère dans son genre frivole. Aucun antécédent notable ou avoué ! Etudes secondaires brillantes. Départ à Paris pour études supérieures. Fréquentation toute platonique d'une jeune étudiante militante extrémiste d'un mouvement d'opinion particulièrement opposée à celle de la famille. La rupture est suivie d'une brusque bouffée délirante au cours de laquelle il redoute « les communistes, leurs menaces... 1936, etc. » Après une brève hospitalisation suivie de convalescence,, nouvelle rechute, marquée, celle-ci, par un refuge dans une église parisienne, avec proclamation à haute voix, en chaire, de catastrophes apocalyptiques imminentes. Réhospitalisation à Paris, suivie de transfert à l'H.P. Actuellement sorti depuis trois ans et suivi en post-cure. Aucun thème délirant extériorisé, mais. vie au ralenti, amélioration du niveau pragmatique, mais d'une manière non suffisante. L'essentiel de son existence consistant à vivre aux crochets d'un père dont il entrevoit actuellement « la responsabilité ».*

V. - ISOLEMENT DE CERTAINES FORMES

Il nous a semblé parfois que certains malades avaient pu être classés abusivement « schizophrènes », c'est-à-dire que la nécessité d'une sémiologie fine et précise, autorisée par une approche clinique du malade sans idée préconçue, avec référence incessante à la nosographie classique s'impose et ce, tout particulièrement dans cette affection dont le diagnostic risque d'avoir des conséquences pour le malade et sa famille, en l'enfermant dans une dénomination jugée par tous redoutable.

Obs. 17 : *Jean-Marie B... 19 ans. Hospitalisé pour troubles du comportement survenus juste après l'incorporation régimentaire. Père décédé quand il avait 5 ans, mère hypocondriaque. Frère ayant fait de fréquents séjours en prison.*

Raptus brusque à l'occasion des vaccinations réglementaires, déclenché par l'intimidation classique à l'égard du « bleu » de « lui ouvrir les veines ». Hospitalisé avec un aspect de bouffée délirante. En fait, pas de note confuse pas d'hallucination vraie, mais recrudescence vespérale de l'anxiété en rapport avec un onirisme atypique. Six mois auparavant chute de treize mètres avec perte de connaissance. Pas de lésions osseuses, fond d'œil normal, E.E.G. : assymétrique avec bouffées de theta. Nette amélioration sous carbamoyl-dibenzo-azépine. Aucun neuroleptique ne fut nécessaire. Disparition complète des troubles six jours après l'entrée.

Obs. 18 : *Lucien D..., 27 ans. Hospitalisé pour bouffée délirante. Parents divorcés (père pendu et mère remariée). Après conflit conjugal, apparition d'un état d'excitation anxieuse avec « délire, hallucinations, et subconfusion ». A l'examen, parésie du M.S.G. survenue brutalement, précédée d'une vision « panoramique » du passé. Mydriase bi-latérale. F.O. normal. E.E.G assymétrique à droite : atrophie pariéto-rolandique droite.*

Obs. 19 : *Monique B..., 37 ans. Divorce des parents quand elle a trois ans. Dernière de deux filles. Elevée en pension, de 8 à 17 ans. Premiers troubles, au retour d'un séjour en A.F.N. et d'un curetage pour fausse-couche. Syndrome hallucinatoire auditif très riche à prédominance diurne, avec sentiment d'étrangeté de l'ambiance et mutisme, associé à une hyporexie avec nausées, vomissements, langue rôtie, urée un peu élevée. Aucune anxiété extériorisée, mais repli sur elle-même complet. Traitée par détoxicants en perfusion et barbituriques : « bouffée » décapitée en dix jours. Depuis, six rechutes avec exactement la même symptomatologie clinique et la même amélioration spectaculaire en quelques jours. Il est à noter que ces rechutes semblent se produire (sauf une) à la même période de l'année.*

Obs. 20 : *Geneviève L..., 30 ans. Aucun antécédent notable hormis deux accouchements prématurés. Apparition d'un syndrome « discordant » avec inactivité, indifférence, et ce, trois semaines après des injections d'hormones du corps jaune.*

Obs. 21 : *Janine P..., 31 ans. Père disparu (elle a 14 ans). Huitième d'une fratrie de 12. Crises de R.A.A. à 18 ans. Etat dépressif qualifié « d'atypique » avec impression d'influence, de modification de la réalité, de claustration préméditée : associé à de l'hirsutisme et une aménorrhée. Pas de kyste ovarien. Amélioration de cet état par traitement hormonal strict.*

Obs. 22 : *Michèle M..., 24 ans. Parents psychopathes. Un frère hébéphrène hospitalisé. Rapatriés d'A.F.N. Elle est hospitalisée pour troubles du comportement. A l'entrée, aspect*

paranoïde : mission à remplir, thèmes absurdes, langage hermétique. Peu d'anxiété extériorisée. Opposition avec maniérisme. Après quelques jours d'observation, il nous semble nécessaire de faire la différence entre maniérisme et minauderie, grandiloquence thymique et théâtralisme. Un E.E.G. montrera des signes certains de comitialité.

Obs. 23 : *Janine R..., 32 ans. Pas d'antécédents psychopathologiques notables, mais crises de R.A.A. à 14 ans, avec greffe cardiaque. Episode catatonique après néphrite survenue au décours d'une cure d'amaigrissement (urée = 1,5 g glycémie = 3 g).*

Obs. 24 : *Anne-Marie C..., 25 ans. Aucun antécédent. Mariage de sa sœur ressenti douloureusement et suivant de très près cet événement, angine grave traitée par corticoïdes. Quatre mois après, brusque état stuporeux avec mutisme, refus d'aliments, conservation des attitudes. On note l'apparition d'un virilisme.*

Ces quelques exemples nous ont paru suffisamment illustrer le fait que certaines affections peuvent prendre un aspect schizophrénique en fait trompeur, et pour un peu que l'anamnèse retrouve des données psycho-pathologiques que certains estiment essentielles, égarer ainsi le diagnostic.

Mais il nous semble qu'ils ont aussi démontré outre le rôle causal, et non contingent, de l'affection organique, l'inefficacité des neuroleptiques dans ces cas, requérant un traitement spécifique, mais surtout, la difficulté pourtant nécessaire, d'une analyse seméiologique fine.

En médecine classique, un diagnostic se porte sur des signes de suspicion, joints à la reconnaissance de signes de certitude. En psychiatrie, les signes de suspicion recouvrent le contexte du malade (milieu familial, antécédents personnels) et l'on peut dire que tous les parents hyper-protecteurs ne « font » pas des hébéphrènes. Tout dépend de la réaction de l'enfant à cette attitude. Quant aux signes de « certitude » d'une schizophrénie, ils reposent plus sur la reconnaissance de « la forme d'un symptôme, plutôt que sa nature » et oblige ainsi à différencier très minutieusement, autisme et inhibition, négativisme et opposition, maniérisme et minauderie. C'est la reconnaissance du « coloris » schizophrénique que nous verrons plus loin qui décidera en définitive du diagnostic.

Il convient donc désormais, de reconnaître et de classer ces « pseudo-schizophrénies », à caractère presque essen-

tiellement aigu, sans antécédent notable, sans « coloris » schizophrénique sans syndrome « toxique », en rapport de causalité (et non de contingence) avec une affection somatique, accessibles à une thérapeutique spécifique. Ce sont des formes :

oniroïdes (type MAYER-GROSS) : souvent confondues avec des bouffées délirantes.

— *toxiques* (médicamenteuses) donnant des catatonies, des accès confusionnels (type schizoforme de KAHN) ;

— *chez les personnalités névropathiques*, soit hystéries dégénératives, soit épileptiques ; *

— *des formes organiques* de type infectieux (encéphalite, méningite tuberculeuse), endocrinienne, par exemple, dans le syndrome de KLINEFELTER, * traumatiques (traumatisme crânien), tumorales (diencéphalique) avec signes catatoniques (catalepsie, flexibilité cireuse), réalisant certains syndromes neurologiques (telle que l'hallucinose pédonculaire de LHERMITTE et VAN BOGAERT).

Ces formes peuvent indifféremment prendre l'aspect de bouffée délirante, de forme paranoïde, ou d'épisode catatonique (témoin, ces deux cas de catatonie, dont un mortel après tuberculose aiguë, rapportée au Congrès de 1950 de Besançon, survenue chez deux malades, sans aucun antécédent psycho-pathologique).

---

* A noter que selon REYNOLDS, il y aurait une relation inverse entre l'activité épileptique et la poussée schizophrénique, se traduisant à l'E.E.G., par une normalisation du tracé, et cliniquement, une accentuation des phénomènes délirants. Ces cas seraient améliorés par des injections de vitamines B 12.

* NEGULICI (Bucarest) a étudié l'association schizophrénie-syndrome de KLINEFELTER. Il reconnaît qu'il n'a jamais retrouvé, dans les cas examinés, ni dissociation idéo-verbale, ni discordance affective, ni détérioration de la personnalité.

SUBDIVISIONS

AU SEIN DES FORMES CLASSIQUES

I. - ISOLEMENT D'UNE FORME TYPE « DEMENCE PRECOCE »

Cette forme, isolée par KRAEPLIN, qui regroupait les états hébéphréniques, les catatonies, et les formes paranoïdes, et décrite sous le nom de « démence juvénile » par REGIS et MOREL, aboutissait à un état démentiel inéluctable.

Au Congrès de 1926 (le même où BLEULER parla de « Schizophrénie ») CLAUDE séparait la démence précoce avec ses trois formes (qualifiée de « psychose d'épuisement » et marquée par un affaiblissement global et inégal des facultés), et les schizoses avec leurs trois aspects : schizoïdie (représentant une disposition constitutionnelle), schizomanie, et schizophrénie délirante.

ABELY, LAUZIER et MARCHAND, dans leurs communications persistaient à soutenir cette opinion et à conserver l'entité de « démence juvénile ». Ils notaient à ce propos que cette forme rappelait les séquelles de méningoencéphalites virales, infectieuses traumatiques, ainsi que la maladie de HELLER, et les anomalies métaboliques.

Le premier groupe isolé au sein de nos hébéphrènes paraît confirmer à nouveau cette thèse :

— aucun antécédent psychologique ou somatique décelable ;

— début brutal précédé d'un léger fléchissement dans les études ou le travail, explosant sous forme d'une bouffée délirante ;

— à la période d'état, acheminement progressif vers un état démentiel avec puérilisme euphorique, ou athymhormie,

apragmatisme, akinétisme, entrecoupé de phases d'agitation catatonique, sans état confusionnel, mais avec une indifférence à la dimension espace-temps ;

— l'évolution se fait vers une stabilisation avec relative socialisation, inaffectivité, réalisant une vie béate et végétative ;

— les examens complémentaires décèlent des lésions organiques objectivées à l'E.E.G. (rythmes théta) et à l'encéphalographie gazeuse montrant une atrophie corticale. ABELY notait à ce propos une prédominance des atrophies du préfrontal.

Il semble s'agir d'un type d'affection peu fréquente (3 à 5 % de nos schizophrènes représentant 0,4 % de l'ensemble des malades hospitalisés). ABELY en dénombrait 1,6 %. Actuellement, pour des causes inconnues, ce pourcentage semble se raréfier.

Ce groupe est illustré par les observations numéros 1, 2, 3 et 4.

Ce retour à cette entité de démence juvénile, quoique récemment prôné par certains auteurs anglo-saxons (MASTERSON) et scandinaves (LANGFELDT et ASTRUP) pourra peut-être surprendre. De toute façon, la réhabilitation d'une démence juvénile nous a paru s'imposer à la suite des déductions de notre enquête, et s'ériger en nouvelle hypothèse de travail, suggérant un regain d'intérêt pour une affection négligée et méconnue, et déboucher, par là même, sur de nouvelles investigations biologiques et anatomopathologiques.

II. - CONSTITUTION DU GROUPE DES « DYSHARMONIES D'EVOLUTION »

Ce groupement, déjà isolé par les analystes, recouvre approximativement les schizonévroses délirantes d'ABELY. Il atteint les jeunes (forme hébéphrénique) et les adultes (forme paranoïde). Il s'agit d'une affection à caractère chronique, illustrée par les observations numéros 5, 6, 7, 8, 14, 15, 16.

On retrouve d'abord :

1° *Des antécédents nets :*

— une hérédité psychopathique familiale est fréquemment notée ;

— un déséquilibre du couple parental (32 %) est aussi souvent remarqué, et l'on sait que la résultante de ce déséquilibre face à l'enfant, induira le rejet ou l'hyper-protection ;

— la grossesse est souvent mal acceptée (symbole de la condition féminine) et perturbée par des accidents gravidiques;

— accouchement difficile avec souffrance fœtale, anoxie, et nécessité de réanimation (un de nos malades est né 15 jours après la rupture de la P.D.E.) ;

— développement en apparence normal, mais en fait, acquisition retardée et incomplète des différents stades du développement psychomoteur. Ce dernier peut (d'après GESELL) se résumer ainsi :

0	Petite enfance	— « oral behaviour »
		— barbouillage
1 an		— collectionnisme
		— coprophagie
6 ans		— indécision (ambivalence)
7- 8 ans		— peur de la perte de l'identité
9- ans		— peur des initiatives
12-14 ans		— phase de négation
14-16 ans		— phase d'affirmation

Lors du développement infantile, survenu d'accidents anxiogènes de nature, soit psychique (insécurisation lors du sevrage, éloignement maternel, etc.) soit somatique (maladies infantiles). « La vie est une succession d'angoisses que l'on surmonte ou auxquelles on succombe » a dit un auteur contemporain. Les angoisses de l'enfance se trouvent réactivées et en particulier lors des stades difficiles (puberté) et des nouvelles agressions psychologiques ou somatiques.

Cette « réactivation » semble présenter des analogies avec les phénomènes d'intolérance et les mécanismes allergiques en pathologie mentale étudiée par SIVADON. Cette réactivation se ferait par la survenue d'un simple stimulus minime rappelant directement ou symboliquement la situation traumatisante primitive. Un certain temps de latence (2 à 3 ans) serait nécessaire pour que « l'allergie se fasse ». Enfin, il convient de noter qu'on ne retrouve jamais dans ces formes, durant les deux ans précédant l'éclosion du processus mental, aucune affection somatique à valeur causale.

2° *Une tentative de résolution de l'angoisse.*

Cette tentative résulte des réactions, ou des absences de réactions de la part de l'enfant à l'attitude du couple parental :

— soit une hyperprotection qui va provoquer une infantilisation en limitant les apprentissages de l'enfant. Cette hyperprotection pourrait résulter des difficultés parentales à assumer l'angoisse née de conflits et d'échecs ayant jalonné l'existence des parents ;

— soit le rejet ou l'exclusion d'un enfant ou de l'un des jumeaux (en les confondant, par exemple), éventuellement le rejet de la conséquence d'une « faute ».

a) L'hyporéactivité de l'enfant à une hyperprotection va entraîner des conséquences graves : l'accentuation de cette hyperprotection, induisant chez l'enfant, le désir de ne pas grandir (fixation à...), voire de redevenir « petit » (régression vers...). Ce désir de régression est une nouvelle source d'angoisse, qui ne pourra être résolue que par une nouvelle demande d'hyperprotection, et donc, une nouvelle régression. Cette involution (ou régression archaïque) va parcourir en sens inverse les divers stades du développement normal, schématisé par la figure ci-dessus, jusqu'au stade ultime du barbouillage et du collectionnisme.

ARRIETI juge que cette hyperprotection des parents, opposés à toute indépendance de l'enfant, est responsable du fait que toute activité motrice de l'enfant est génératrice d'angoisse, donc dangereuse, et donc bloquée.

Ainsi se trouve réalisée l'hébéphrénie.

Mais, « toute vie psychologique s'exerce au moyen d'un appareil nerveux, support des représentations de la conscience et de la mémoire : toutes les fonctions mentales mettent en jeu une activité physiologique sousjacente » a dit BOREL.

De l'absence de « forme » et de maturation du psychisme chez les hébéphrènes, découle leur fragilité physique et ceci explique la grande fréquence des stress somatiques.

Cette « dysharmonie du jeune » est en outre caractérisée par :

— des signes communs aux dysharmonies : un mode d'entrée, un « coloris » schizophrénique ;

— des signes propres : lors de phases de lutte (avec augmentation des 17 OH stéroïdes) et des phases de repos où se retrouverait une prédominance neurovégétative du parasympathique (travaux soviétiques). Ce dernier fait pourrait nous ramener au rôle propre de l'hypothalamus antérieur (parasympathicomimétique). On peut ainsi évoquer les attitudes « économiques », le repli fœtal, les phases catatoniques (pourtant non spécifiques de l'hébéphrénie) avec bra-

dycardie, hypotension, myosis, hypersialorrhée de type vagotonique, anabolisme et hypoglycémie. Ce peut être aussi la prédominance du « INN » avec pâleur cireuse, tristesse, atonie et apathie.

b) Hyperréactivité de l'enfant.

Soit à une hyperprotection débutante, soit à une attitude de rejet parental, cette hyperréactivité entraînera :

— des réactions psychopathiques.

Ainsi se trouvent expliqués les antécédents psychopathiques (pré-psychotiques) retrouvés si fréquemment chez les paranoïdes avec fugues, constitution de bandes, de gangs, actes délictuels, vécus comme autant de « réponses » à l'incompréhension rejetante des adultes ;

— constitution d'une « lacune » dans la maturation affective de la personnalité, qui est source d'anxiété. Celle-ci sera compensée au début par des actes, des recherches d'émotions violentes, un recours aux toxiques.

Le psychisme, à un degré d'immaturité moindre que chez l'hébéphrène a permis une structuration physiologique sous-jacente plus satisfaisante, expliquant ainsi la sensibilité moindre aux agressions somatiques.

Par contre, la moindre agression psychologique au vécu intense (rupture affective, échec personnel...) dans la vie d'adulte va réactiver l'angoisse primaire de l'adolescence et provoquer l'entrée dans la psychose.

Là encore, cette « dysharmonie de l'adulte » est marquée par des caractères :

— communs aux dysharmonies : un mode d'entrée, un « coloris » schizophrénique ;

— des caractères propres : constitution d'un délire paranoïde, pauvre, terne, non systématisé, mais pas toujours aussi imperméable qu'on le pensait classiquement*.

Tout semble se passer, comme si le délire prenait l'aspect d'un mécanisme « cicatriciel » compensateur : atone dans les formes paranoïdes, bourgeonnant dans les paraphrénies. C'est la négation définitive de la réalité, qui seule, peut-être, a pu permettre au malade de se réaliser.

---

* Témoin, cette malade, paranoïde, présentant des thèmes « aberrants » de grandeur et de filiation (« médecin - fille du tsar ») dont les troubles étaient apparus au décours de deux ruptures de fiançailles, l'une avec un étudiant en médecine, l'autre avec un Russe blanc réfugié !

On sait que la survenue d'agressions somatiques pourra entraîner l'apparition du redoutable délire aigu avec ses troubles métaboliques complexes.

Pour ARRIETI, le processus rejet serait dû à un climat de suspicion entourant les intentions de l'enfant, et provoquant une tentative de défense par rationalisation.

3° *Caractères retrouvés dans ces dysharmonies d'évolution.*

— Le mode d'entrée dans la psychose va se faire par :

- négation transitoire de la réalité (bouffée délirante), source de conflits avec le MOI (ou son ébauche) ;

- une brusque décompensation chez un psychopathe : processus plus fréquemment observé dans les formes paranoïdes ;

- une décompensation par absence de résolution des conflits MOI - ÇA ayant primitivement entraîné un état névrotique de type hypocondriaque et surtout, obsessionnel ;

- un aspect dysthymique dans les conflits MOI-SUR-MOI insolubles ;

— le recours à une régression archaïque (hébéphrénie) ou à une pensée délirante, « paléogique » selon ARRIETI, va permettre la sédation de l'angoisse ;

— les signes responsables du « coloris » schizophrénique : ils sont très importants, puisque l'on voit qu'eux seuls vont permettre la différenciation de cette forme avec la démence juvénile, et les somatopsychoses. « Le secret de la schizophrénie est un secret de la forme » a dit RUMKE. Ce qui compte donc, c'est la forme que prend le symptôme, et non sa nature.

Nous allons donc tenter une analyse minutieuse des symptômes classiques :

a) L'autisme. C'est un état de repli. Il peut être volontaire (se concentrer, prier...) ou forcé (chez les dysharmoniques, les phénomènes nouveaux obligeant à fuir les autres qui vont poser des questions.

« ...Des schizoïdes pour se mettre à l'abri des heurts de la vie, s'éloignent de celle-ci et devinnent distants » (MINKOVSKI).

En fait, il ne semble pas y avoir vraiment perte du contact avec la réalité, mais « altération », dit MINKOVSKI,

du contact vital ». Quant à « cette impuissance à s'ouvrir au monde de la réalité et de la coexistence » dont parle EY, l'analyse de nos malades nous a amené à penser qu'ils manifestaient des difficultés à « diaphragmer », s'ouvrant ou se fermant à contretemps, et tellement ouverts qu'ils en sont trop libres, trop perméables, et trop ambivalents. « Les schizophrènes sont anormalement influençables » (REPOND).

b) La dissociation s'exprime dans la pensée. Elle pourra prendre un aspect maniéré ou de minauderie. En fait, ces deux termes dans la mesure où ils induisent chacun en nous un diagnostic propre, devront être minutieusement analysés. Le maniérisme évoque la schizophrénie, la minauderie : la satisfaction libidinale des hystériques. Cette dissociation s'exprimera aussi dans le contenu de la pensée (évocation pudique de thèmes érotiques), et enfin, dans son continu (pensée hachée, barrage et fadings, réponses à côté).

Mais, il n'y a pas vraiment de destruction de la personnalité antérieure qui semble persister et parfois même, être capable d'évoquer un souvenir. D'ailleurs, DESHAIES ajoute que « la conscience du morcellement implique que celui-ci n'est pas achevé, et qu'une forme globale existe encore pour vivre ce morcellement, en souffrir, et en témoigner ».

Ces deux symptômes vont se retrouver dans le graphisme du schizophrène, dans la mesure où il est sa propre projection sur un écran neutre.

Déjà en 1961, LECONTE et COLL avaient remarqué divers signes caractéristiques :

— altération du contact vital avec « tendance à la dévitalisation par vitrification, et pétrification du sujet, représentation déformée et tourmentée de celui-ci, géométrisme et abstraction pseudo-mathématique, stéréotypies avec pointillisme, répétitions fréquentes du même dessin, teintes froides ;

— la régression s'illustrait parfaitement, en particulier chez l'hébéphrène par la peinture au doigt ;

— certains thèmes revenaient d'une manière élective, et peut-être évocatrice : thèmes sexuels, fœtaux...

Au total, la reconnaissance de ces signes spécifiques se fera devant l'altération :

- de l'élan vers la réalité (repli imposé par une trop grande perméabilité) ;
- de la perception de cette réalité, avec vision déformée, sans possibilité de diaphragmer. La réalité est altérée

aussi dans son dynamisme : réalité figée au présent. Les troubles de cette perception sont source d'angoisse, nécessitant une réassurance par des « médiateurs » (système pseudo-mathématique, arithmomanie...) ;

- de la pensée dans son contenu, son continu, son mode d'expression.

Ce que résumait H. EY en ces termes :

« ...Le processus schizophrénique est une modification totale, structurale de l'être humain, de son caractère, de sa conscience, de sa personne... »

III. - LES SOMATO-PSYCHOSES

Nous réunissons sous ce vocable les malades dépendant de la troisième forme retrouvée chez les hébéphrènes (obs. 9, 10) et ceux de la première forme paranoïde (obs. 11, 12 et 13). Les somato-psychose sembleraient approximativement recouvrir les « discordants » d'ABELY, et les psychoses schizophréniformes de LANGFELDT. Elles groupent en moyenne le quart de nos malades.

Généralités :

Elles sont caractérisées par :

— des signes imprécis : rareté des troubles du développement psycho-moteur ou de grossesse, milieu familial parfaitement valable, nullement déséquilibré, voire même parfois très harmonieux.

— deux signes positifs toujours présents :

- une affection somatique grave, à valeur causale dont la survenue, inférieure à deux ans avant l'éclosion des premières manifestations mentales, semble précipiter l'entrée dans la « psychose ». Nous reviendrons ultérieurement sur sa nature.

- un syndrome dénommé « syndrome toxique », se constituant quelques jours avant, avec des signes pseudo-grippaux associés à une hypersomnie et des signes d'entérocolite ;

— un signe négatif :

Il n'y a pas de coloris schizophrénique.

Il n'y a pas d'altération de l'élan vers la réalité. Il n'y a pas excès de perméabilité, mais dérobade devant le monde

extérieur. Enfin, la perception n'est pas figée au moment immédiat, elle n'est pas perçue dans son angoissante réalité grâce à des « médiateurs » comme dans les « dysharmonies d'évolution ».

A la période d'état, on remarquera chez l'hébéphrène l'absence complète d'autisme : en fait même, le contact est non seulement facile, mais parfois s'exagère jusqu'à une quête affective. Il n'y a pas de signes de dissociation ; les symptômes de « toxicité » sont au premier plan. Le délire du paranoïde dans cette forme semble plus riche, plus luxuriant, avec des thèmes de grandeur, de puissance, de filiation, prenant une allure parfois paraphrénique, et en tous cas s'opposant nettement au délire plus pauvre, plus terne, plus stéréotypé, tel qu'il s'exprime dans les observations 14, 15 et 16.

Quant à l'évolution, il semble que les réhospitalisations soient plus fréquentes chez le paranoïde que chez l'hébéphrène de cette forme. Toutefois, on note tant chez l'un que chez l'autre une réinsertion socio-professionnelle plus aisée et meilleure, autorisée par un niveau pragmatique dont les progrès sont plus aisément accessibles à la psycho-ergothérapie.

*
* *

A ce stade, il convient de noter combien paraît arbitraire, à première vue, la différenciation entre « pseudo-schizophrénie » et « somatopsychose ».

Toutes les deux ont en commun une dépendance à une affection somatique. De même, aucune de ces deux formes ne présente de coloris schizophrénique. Enfin, chacune d'entre elles peut s'exprimer cliniquement, indifféremment, sous la forme d'une bouffée délirante, d'une hébéphrénie, d'une forme paranoïde.

En fait, ce « distingo » s'est dégagé de lui-même des résultats de notre enquête épidémiologique qui montrait dans les somato-psychoses des nuances sensibles, dans l'évolution, des réhospitalisations « en catastrophe » moins fréquentes dans ces pseudo-schizophrénies. C'est là néanmoins un des nombreux problèmes dans notre hypothèse étiopathogénique dont nous reconnaissons l'existence.

Cette hypothèse, schématisée à la figure 16 n'a le mérite que de tenter de rendre compte des résultats statistiques de notre enquête.

Certaines formes cliniques ont paru bénéficier de notre part d'une attention moindre. En ce qui concerne :

— les bouffées délirantes : elles nous paraissent tout du moins dans la forme étudiée ici, la négation aiguë, transitoire, de la réalité. La note confusionnelle semble jouer un rôle sur le pronostic ultérieur. Mais surtout, on a vu combien il était important de ne pas les confondre avec les formes oniroïdes.

Les formes pseudo-névrotiques semblent représenter des états de transition, ou d'hésitation du processus. Elles rappelleraient les états « border-line », des Anglo-saxons. Mais la faiblesse de notre échantillon nous incite à la prudence.

Quant à l'étude de certains concomitants biologiques, elle n'a pas donné de résultats très nettement significatifs :

— les variations de l'élimination des stéroïdes urinaires ne semblent pas se modifier selon les diverses formes cliniques. Par contre, la répartition des malades selon les phases actuelles de stabilisation, ou de lutte, a montré, dans ce dernier cas, par l'augmentation assez nette des 17 OH, des analogies avec les réactions de stress ;

— la prospective des variations de l'électrophorèse des protides n'a pas donné, elle non plus, de résultats bien significatifs. Cependant, un certain nombre de malades appartenant au groupe des « somato-psychoses », présente un pic aux alpha 2, Bèta Gamma globulines, sans qu'on puisse pour autant, dans l'état actuel de nos recherches, en tirer des conclusions définitives ;

— aucun des tracés électroencéphalographiques de nos malades ne nous a paru présenter des signes pathognomoniques tant dans le rythme, la symétrie, que dans l'amplitude.

Actuellement, cette étude prospective se poursuit, en particulier sur l'élimination, chez les schizophrènes, de la 5-Hyroxy-Tryptamine.

*
* *

RÉSULTATS NUMÉRIQUES

DEPARTEMENT
DE LA SEINE-MARITIME

HOPITAL PSYCHIATRIQUE

SOTTEVILLE-LÈS-ROUEN

TEL 72 - 42 - 05

LE MEDECIN-CHEF
DE SERVICE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM :

PRENOM :

Aviez-vous souhaité la naissance de votre fils ? OUI NON

Si non pourquoi ?

Avez-vous eu une maladie, un accident, une opération, un choc moral grave pendant cette grossesse ?

.....

.....

Où avez-vous accouché ?

A combien de mois ?

L'accouchement s'est-il passé normalement ?

L'enfant a-t-il crié tout de suite ? OUI NON

Etait-il bleu ? OUI NON

A-t-il dû être réanimé ? OUI NON

Quelle position avait l'enfant pendant la grossesse ? TÊTE SIÈGE

Quels poids faisait-il à la naissance ? kg

A quel âge a-t-il eu sa première dent ?

A quel âge a-t-il marché ?

A quel âge a-t-il commencé à parler ?

Jusqu'à quel âge a-t-il uriné au lit ?

S'il a recommencé à uriner au lit plus tard dans son enfance, vers quel âge cela s'est-il passé ?

Est-ce vous qui l'avez élevé, tout jeune, ou bien l'avez-vous confié à quelqu'un d'autre ?

.....

Pourquoi ?

.....

A-t-il été nourri au sein ? OUI NON Pourquoi ?

Jusqu'à quel âge ?

Au cours des 5 premières années, a-t-il été placé en nourrice, ou dans votre famille ?

Avait-il des difficultés à téter ? OUI NON

Durant son enfance, lui est-il arrivé de dormir dans le lit de ses parents, ou dans la chambre de ses parents ?

Jusqu'à quel âge ?

Qui était le plus indulgent avec lui, quand il avait fait une bêtise ?

S'il était aîné, quel a été son comportement à la naissance de son frère ou de sa sœur ?

.....

Que souhaitait-il devenir plus tard quand il était petit ?

.....

Quel était son comportement avec ses camarades à l'école ?

.....

A-t-il eu à souffrir, dans son enfance, de scènes de guerre, de scènes familiales graves ? Lesquelles ?

.....

Quelles maladies a-t-il fait ? Précisez l'âge

Convulsions

Crises nerveuses

Jaunisses

Troubles digestifs

Autres maladies

Signature :

age	diag.	hosp.	enfance	école	prof.	parents	X	Y	Fiche N°

NOM
PRENOM
DATE DE NAISSANCE
Marié - Célibataire
PROFESSION

PARENTS
— divorcés
— séparés
— décédé

MOTIF de 1re Hosp.

Diagnostic actuel :

A	B	C
5 16 17 18 19 20 21 22 23 24	25 26 27 28 29 30 31 32 33 34	35 36 37 38 39 40 41 42

GROSSESSE : N, perturbée, désirée
ACCOUCHt : terme - prématuré - réanimé
malposition forceps
Poids :

DEVELOPt : 1re Dt : Marche : Parole :
Propreté : Enurésie (cont. inter) :

ECOLE jusqu'à
CEP
CAP
BEPC
BAC
Et. SUP.

Quotient Intell.
C =
P :
V :
Rorschach =
K o'ch =

Antécédt	PATERNELS caractère profession maladies toxiques	MATERNELS	PERSONNELS Rang de fratrie : S. Mil = Emmig. (géo. cultur. lingual)

Antéc. Patho.	convulsions épilepsie fugues Mal. Infant.	Tr. crânien Allergie : Infection :	date	éthyl	date	ictère vomissts tr. visuels paralysies	avant	permt	date

Antécédt Psycho-Patho.
familiaux (dispute, éthyl, isolement) .....
affectifs (ruptures, agressions sex...) .....
professionnels (renvoi, incapacité) .....
sociaux (SM, Guerre) .....

HEPATIQUE	DIGESTIF	ENDOCRINO	NEURO	Examens (entrée)
CT : CE : Alb : s/Tt alb. 1 2 beta gamma acétonurie :	appétit vomisst constip. diarrhée R. cut-abd. Selles = Radio :	polyurie polydipsie frilosité exophtalmie obésité F-T asthénie glycémie = glycosurie = 17 ceto : 17 OH TA = Pouls =	S. subject paralysie tr. visuels myosis-mydriase Chvosteck R.O-T = EEG :	urée : G.B. éosino = V.S. =

RESUME :

TABLEAU COMPARATIF

des

AGRESSIONS et des ANTÉCÉDENTS

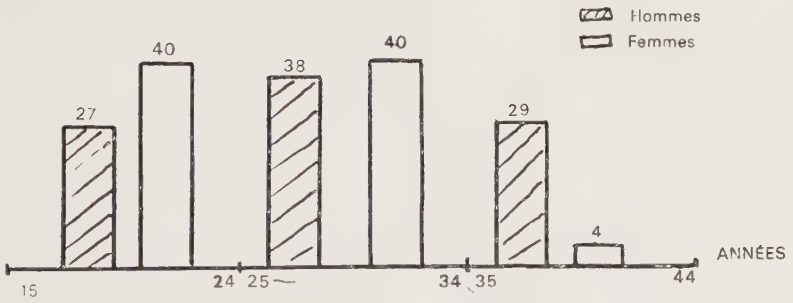
selon les sexes

		Hommes (95)	%	Femmes (31)	%
Grossesse	normale	68	71	52	64
	anormale	7	7	7	8
	non précise	20	21	22	27
Accouchement	normal	56	58	47	53
	anormal	13	13	9	11
Développement psychomoteur retardé	instrumentalité	8	8	5	6
	autres				
énurésie, retard staturo-pondéral		15	15	4	5
Parents	séparés ou divorcés	12	12	7	8
	décédés	35	36	16	20
	âgés	15	15	4	5
Emigration	géographique	7	7	7	8
	socio-culturelle	6	6	5	6
	linguistique	7	7	1	1
Facteurs psychogènes *	Chocs affectifs (cf + loin)	53	55	60	75
	Conflits armés	18	18	9	11
Facteurs somatiques *	Synd. infectieux grippe - R.A.A.)	22	23	13	16
	S. hépato-digestifs	35	36	8	10
	tr. allergiques	2	2	4	5
	dysfonctionnement endocrinien	7	7	10	12
	trauma crânien	19	20	6	7,5
	Thérapeutique	4	4	7	8
	« Synd. toxique »	33	34	21	26

* Survenue de moins de 2 ans avant l'éclosion du 1er phénomène mental.

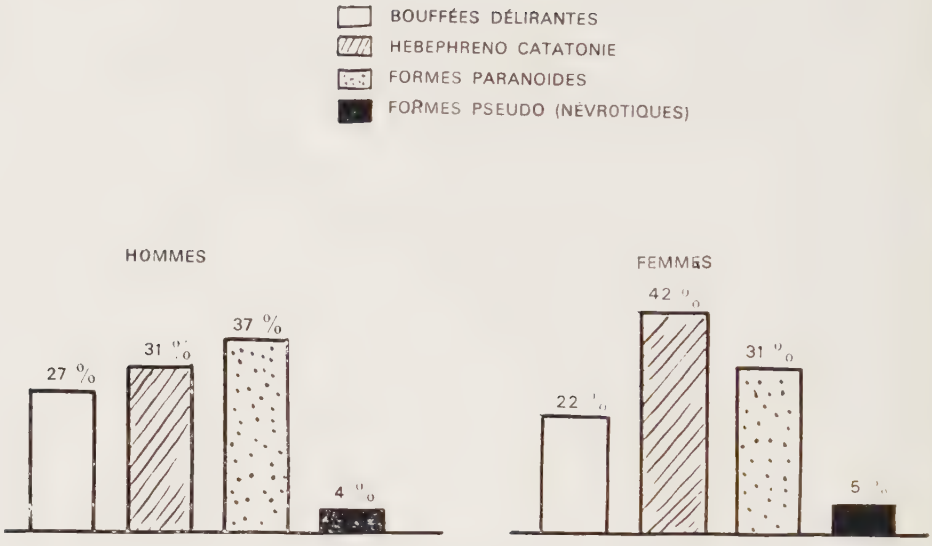
	Malades hommes	Malades femmes
Dossiers étudiés	1.115	1.240
Schizophrènes		
● hospitalisés	35	12
● sortis	70 (3,2 %)	84 (6,7 %)
Statistiques portant sur :	95	81

Schéma N° 1



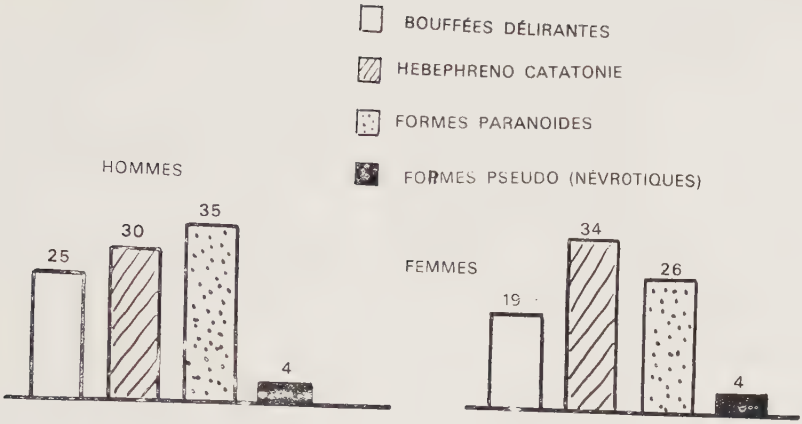
REPARTITION DES MALADES PAR TRANCHE D'AGE

(Fig. 2)



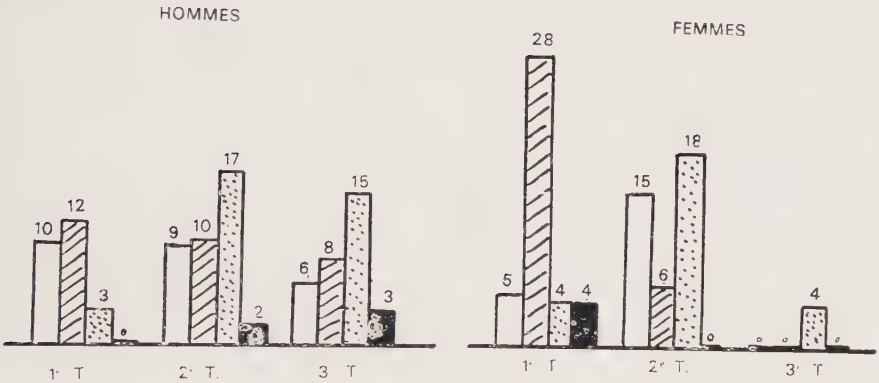
RÉPARTITION DES DIAGNOSTICS EN POURCENTAGE

Fig 3 bis



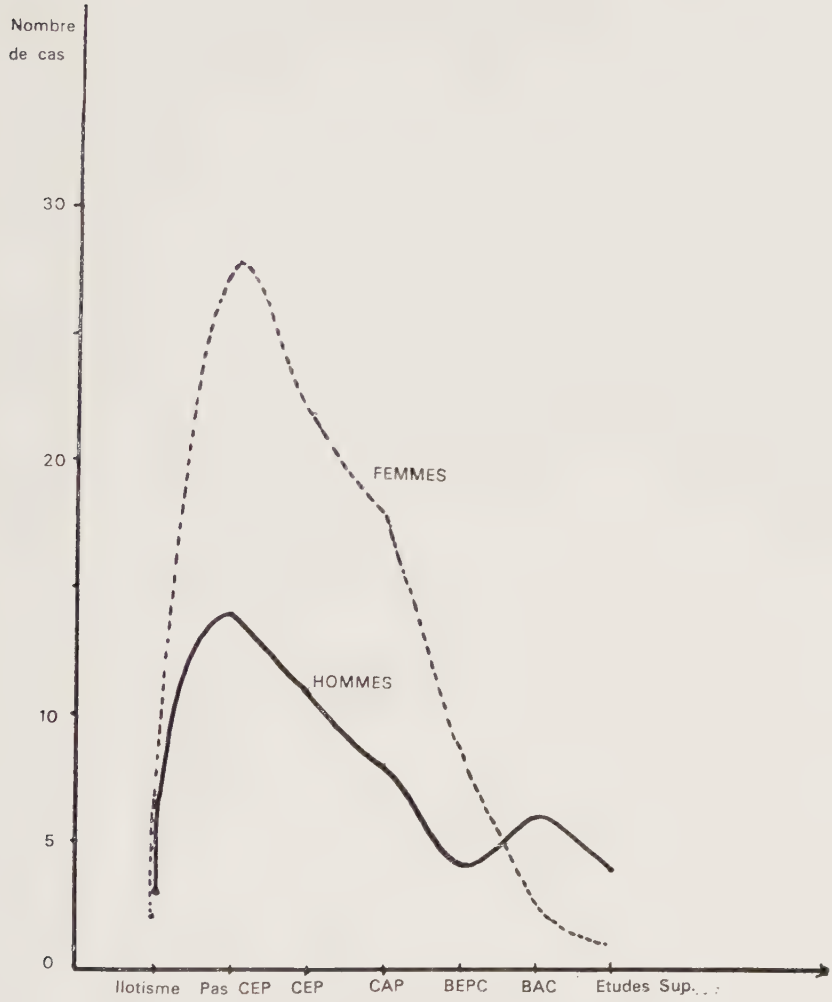
RÉPARTITION PAR DIAGNOSTIC SELON LE SEXE

(Fig. 3)



DIAGNOSTICS SELON LES TRANCHES D'AGE ET LES SEXES

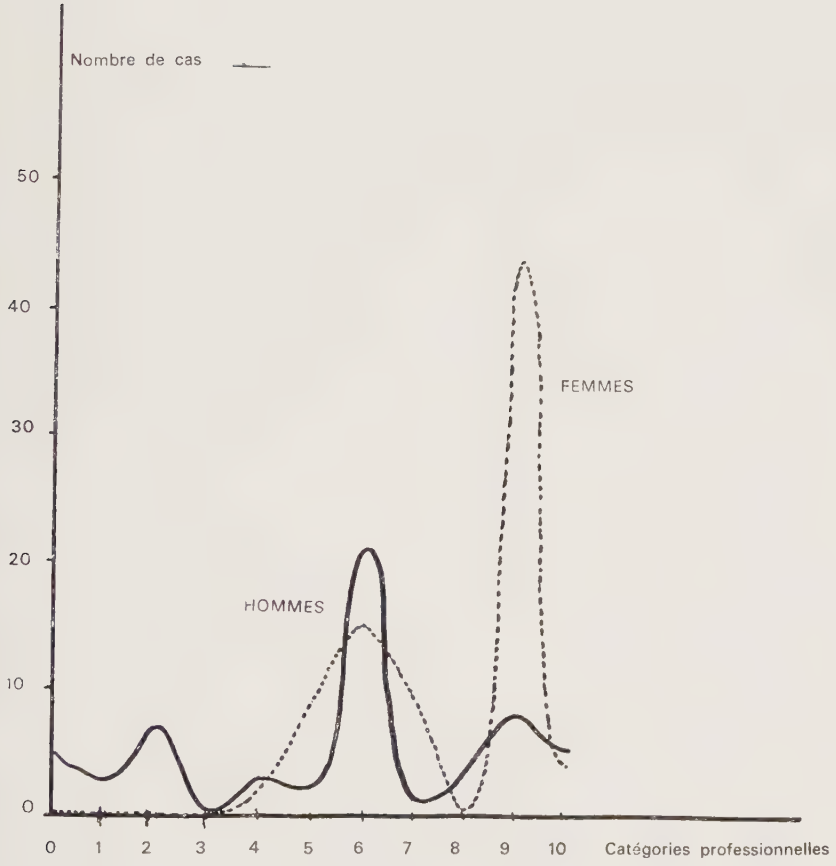
(Fig. 4)



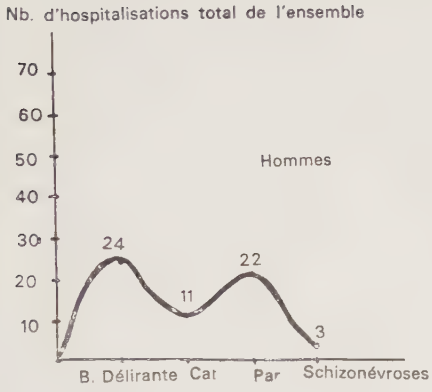
SCHIZOPHRÈNES DES 2 SEXES SELON LE NIVEAU SCOLAIRE

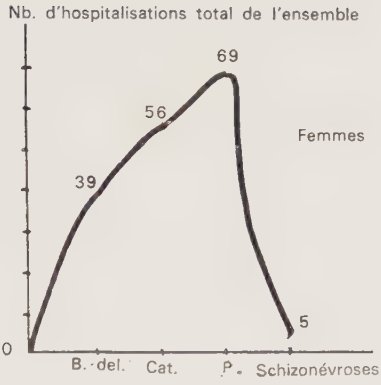
(Fig. 5)

0 Agriculteurs exploitants
1 Salariés agricoles
2 Patrons (Industrie et Commerce)
3 Professions libérales et Cadres supér.
4 Cadres moyens
5 Employés (Bureau - Commerce)
6 Ouvriers
Marins pêcheurs
Apprentis
Manœuvres
7 Personnel de service
8 Clergé - Armée - Police
9 Non actifs
Lycéens - Etudiants
Ménagères
Militaires du contingent
10 Sans profession



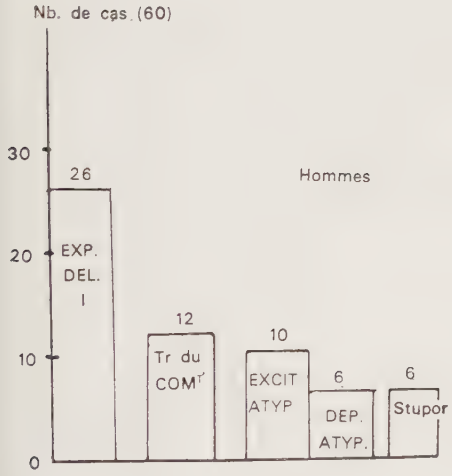
RÉPARTITION DES SCHIZOPHRÈNES PAR CATÉGORIES PROFESSIONNELLES
(Fig 6)

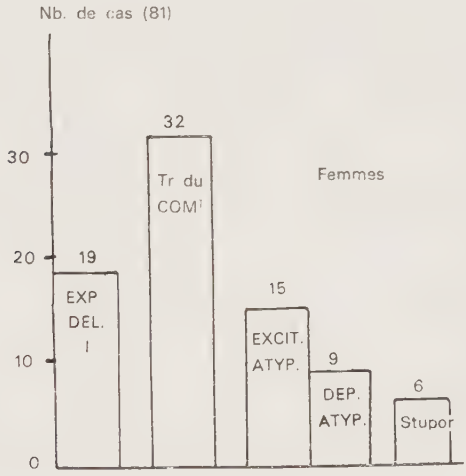




FRÉQUENCE DES HOSPITALISATIONS SELON LES DIAGNOSTICS

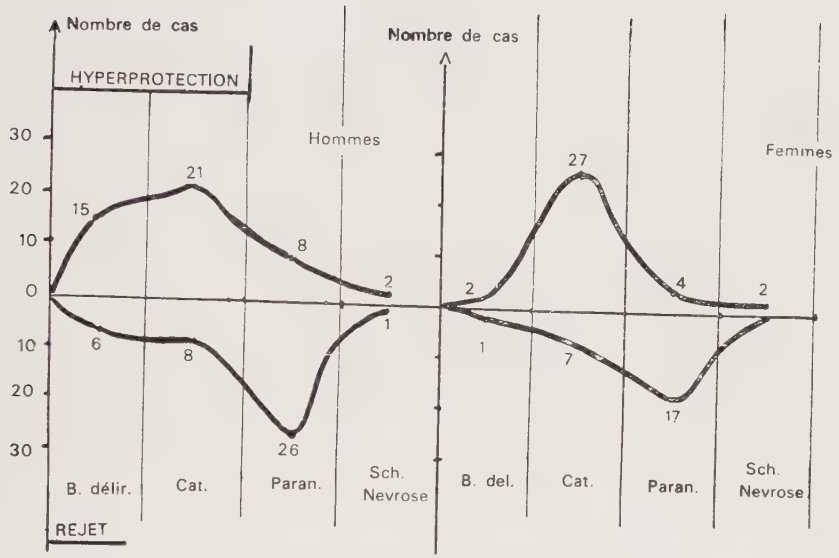
(Fig. 7)





Motif de 1re Hospitalisation

(Fig , 8)



ATTITUDES PARENTALES SELON LES DIAGNOSTICS

(Fig. 9)

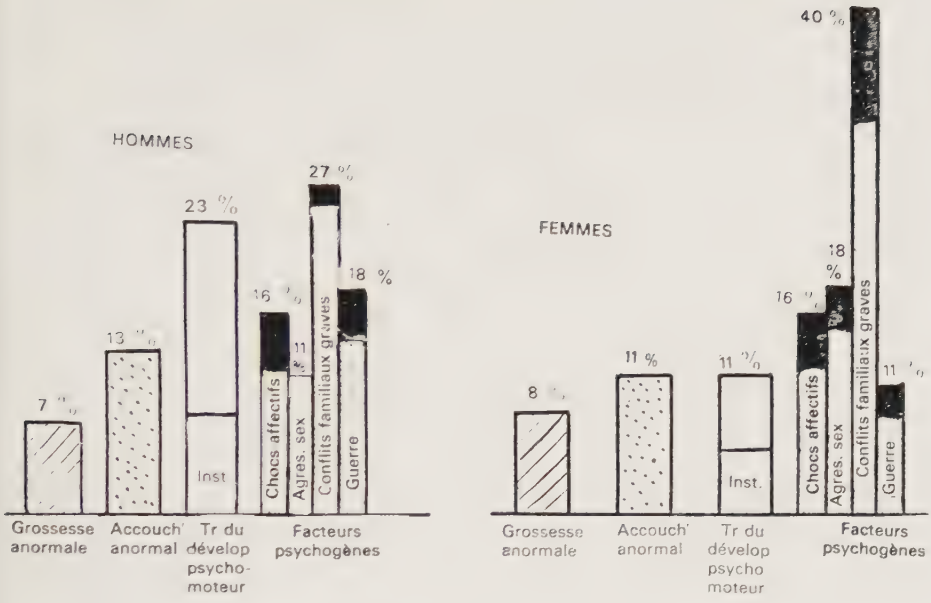


TABLEAU DES ANTÉCÉDENTS ET DES FACTEURS PSYCHOGÈNES ★
EN POURCENTAGE ET SELON LES SEXES
(Fig. 10)

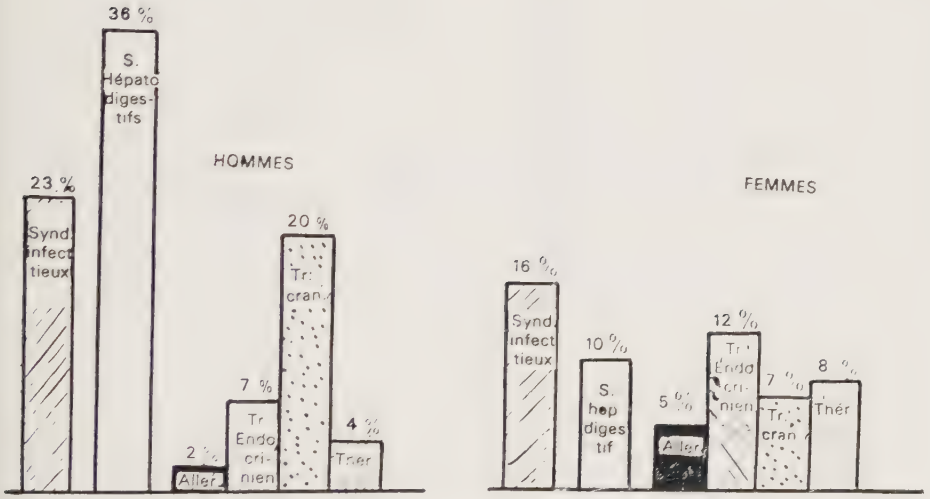
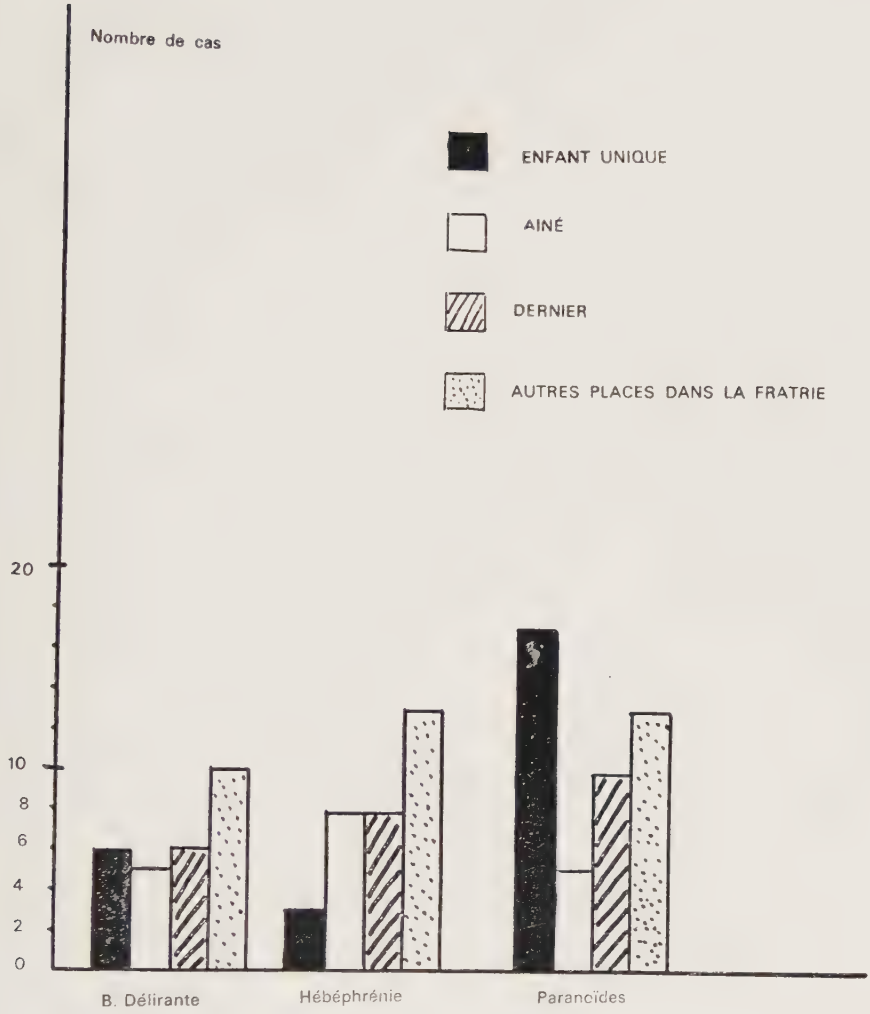


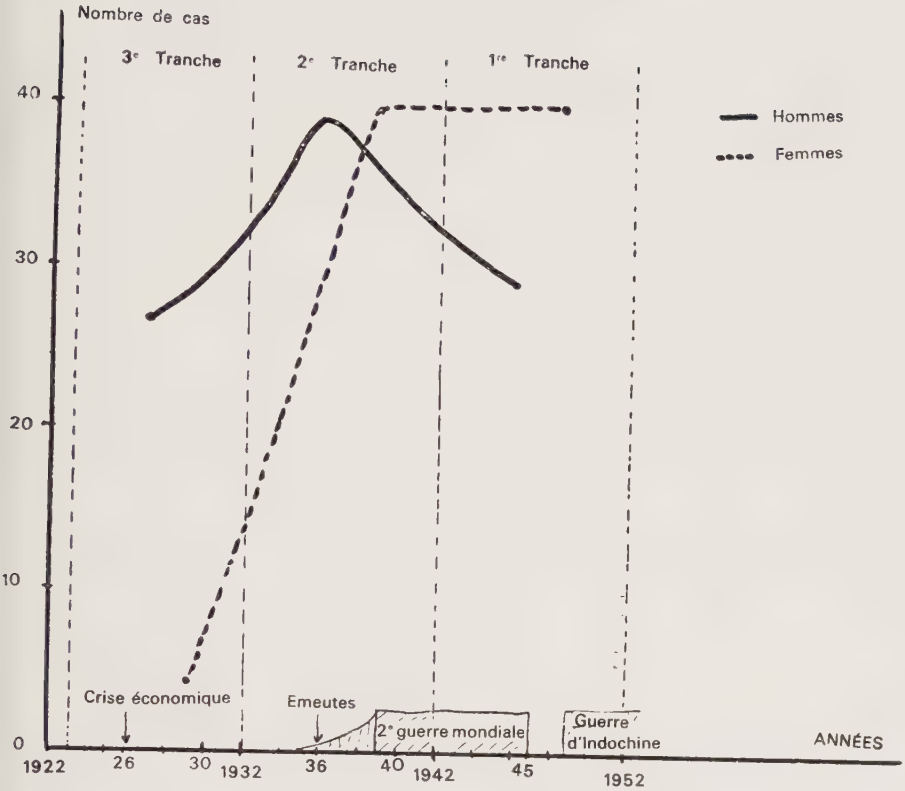
TABLEAU EN POURCENTAGE DES PRINCIPALES AGRESSIONS SOMATIQUES ★
(Fig. 11)

★ Moins de 2 ans avant l'éclosion du 1er phénomène mental.



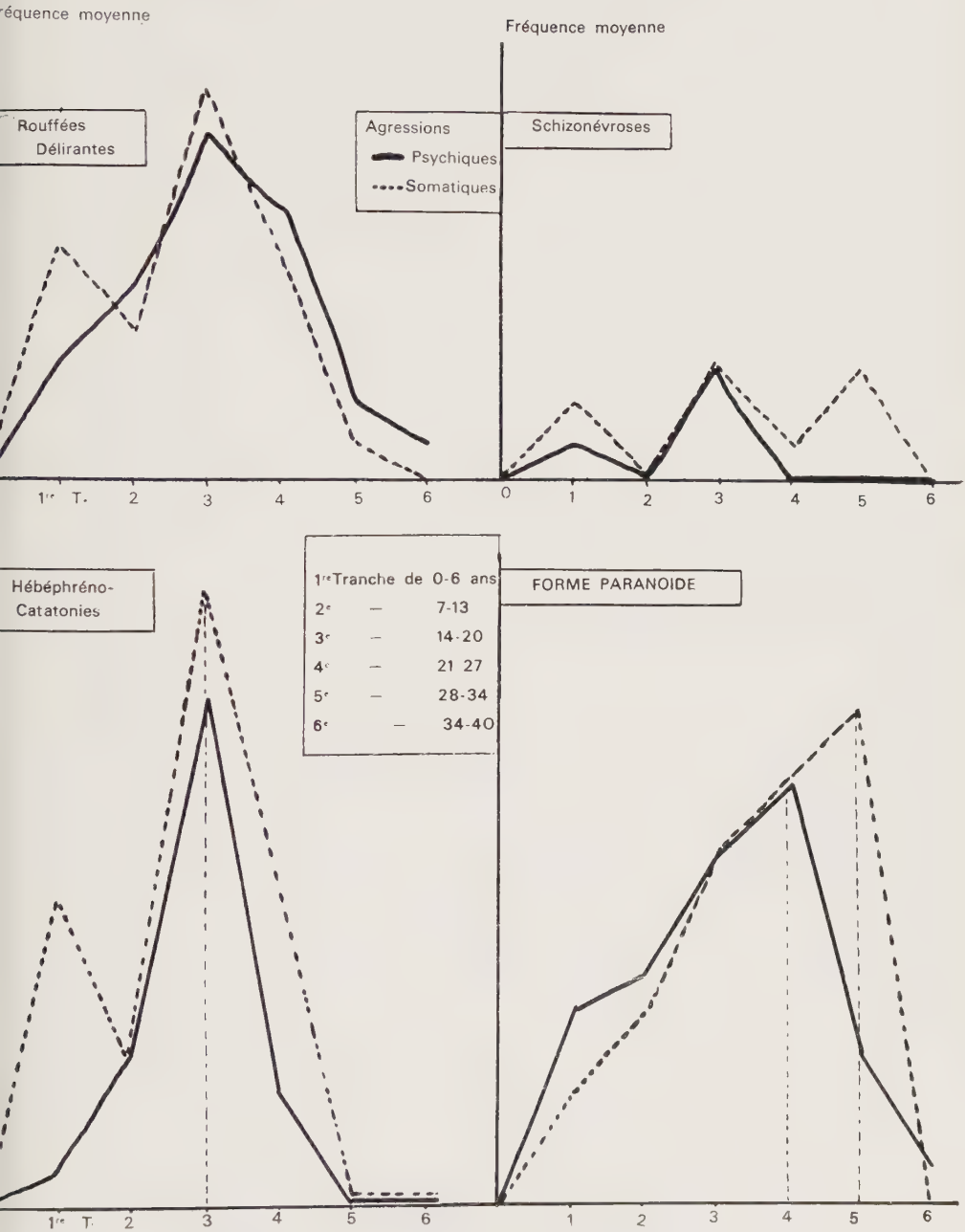
RÉPARTITION DES RANGS DE FRATRIE SELON LES DIAGNOSTICS

(Fig. 12)



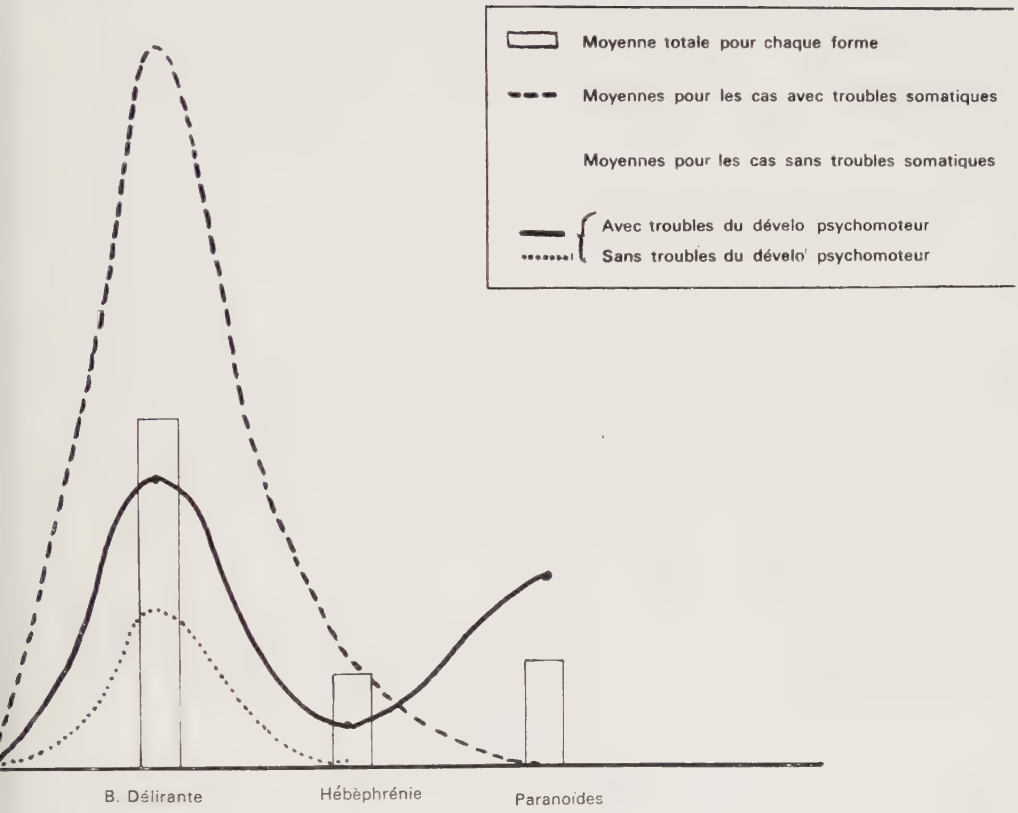
CLIMAT SOCIOCULTUREL ET ANNÉES DE NAISSANCE

Fig. 13



FRÉQUENCES MOYENNES DES AGRESSIONS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES DANS LES 2 ANS PRÉCÉDENTS LES PREMIERS TROUBLES (Fig. 14)

tervalle moyen entre les 2 premières hospitalisations
(en années)



MOYENNE DES INTERVALLES ENTRE LES DEUX PREMIÈRES HOSPITALISATIONS
SELON LES DIAGNOSTICS
(Fig. 15)

MOTIFS DE 1re HOSPITALISATION

(Fig. 8)

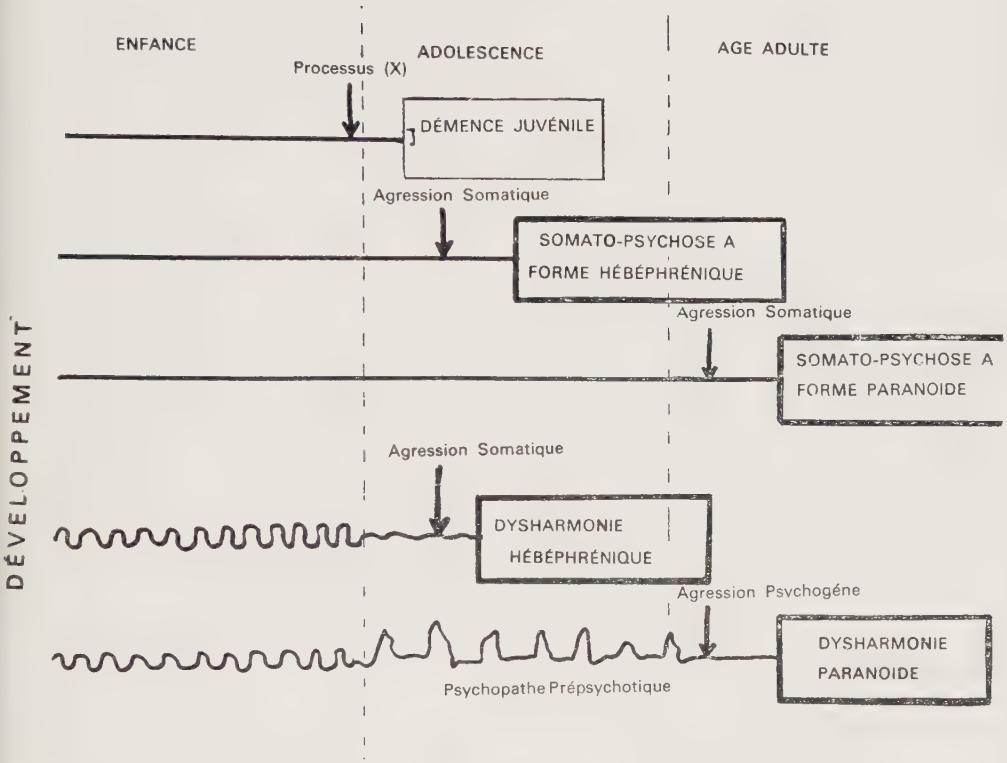


SCHÉMA RÉCAPITULATIF DES « SUBDIVISIONS »

(Fig. 16)

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Au terme de cette enquête, il convient d'émettre quelques réflexions sur, certes, ses imperfections, mais surtout l'intérêt qu'ont représenté durant près de 2 ans la compulsion de plus de 300 ouvrages et communications, le dépouillement de 2.500 dossiers, l'examen minutieux des malades, permettant l'élaboration de fiches, les contacts épistolaires par questionnaires avec les familles, les investigations biologiques.

Au total, ce travail, outre le bénéfice d'une mise au point personnelle du concept pathologique de « Schizophrénie », a débouché sur les conclusions suivantes :

1. - *Nécessité d'une réhabilitation et d'une redifférenciation au sein du « Groupe des Schizophrénies » d'une forme type démence juvénile.* Cette nécessité se justifie par la reconnaissance, chez un petit nombre de malades (3 à 5 % de nos schizophrènes, et 0,4 % de l'ensemble de nos malades mentaux), qu'aucun antécédent psychopathologique ou somatique ne semblait promettre à une évolution pathologique, de la survenue brutale d'un processus « X » les entraînant inéluctablement, face à une thérapeutique impuissante, vers un état démentiel : abrasion globale (qu'on ne retrouve que dans ces cas de schizophrènes) avec puérilisme euphorique et apragmatisme, sans maniérisme ni réponses à côté, rappelant les séquelles des méningoencéphalites. L'évolution se fait, par une hospitalisation à peu près permanente, vers une sorte de stabilisation à l'état végétatif. Ces états s'accompagnent de lésions organiques patentes du type atrophie corticale à l'encéphalographie gazeuse et perturbations à l'E.E.G. Le processus causal est indéterminé (viral ?). La réhabilitation de cette forme pourrait avoir le mérite de susciter à nouveau un certain nombre d'investigations biologiques et anatomo-pathologiques indispensables.

2. - *Constitution du groupe des « Dysharmonies d'évolution ».*

Il a paru utile de regrouper sous cette dénomination un certain nombre de formes hébéphréniques et paranoïdes caractérisées par :

- *des antécédents pathogènes :* concernant l'hérédité, un couple parental déséquilibré, anomalies de grossesse et d'accouchement, perturbations du développement psycho-moteur ;

- *une tentative de résolution de l'angoisse* lors de l'adolescence, angoisse que l'attitude parentale (hyperprotection ou rejet) avait induite ; tentative par hyporéactivité de l'enfant à l'hyperprotection parentale, aboutissant à la régression archaïque de certains hébéphrènes ou par hyperréactivité avec réactions psychopathiques et formation d'une « lacune » qui se comblera ultérieurement à l'occasion d'une agression déclenchante par un délire pauvre et terne (paranoïde) ;

- *l'existence de signes responsables du coloris « schizophrénique »* (impossibilité de diaphragmer » et pensée dissociée dans son expression, son contenu et son continu. L'évolution se fait vers une régression archaïque, parfois entrecoupée de phases catatoniques chez le jeune, et chez l'adulte vers un recours à un délire terne avec réinsertion socio-professionnelle difficile. Ce sont « des infirmes psycho-moteurs » dépendant entièrement de l'assistance de soins psychiatriques (35 % de nos schizophrènes).

3 - *La constitution du groupe des somato-psychoses.*

Sous ce vocable se trouvent réunies certaines formes d'hébéphrénies et de psychoses paranoïdes chez lesquelles on ne note :

- *aucun antécédent pathogène* (pas d'anomalie de grossesse, milieu familial harmonieux) ;

- *aucun signe responsable du coloris « schizophrénique ».*

Par contre, dans les deux ans précédant l'éclosion du premier phénomène mental, on décèle avec une fréquence éloquente une affection somatique grave (syndromes hépato-digestifs, traumatismes crâniens notamment). Quelques jours avant les premiers troubles, l'anamnèse peut révéler un « syndrome toxique » fait de signes pseudo-grippaux avec

hypersomnie suivis de signes d'entérocolite. Chez le jeune, l'autisme est remplacé par une extraversion, voire une sorte de quête. Chez l'adulte, on note un délire très riche, luxuriant, d'aspect presque paraphrénique. Les séjours sont dans l'ensemble brefs, la réinsertion socio-professionnelle facile, le niveau pragmatique satisfaisant. Une thérapeutique, n'utilisant pas uniquement les neuroleptiques mais s'adjoignant des éléments spécifiques semble donner des résultats plus rapides (24 % de nos schizophrènes).

La division arbitraire que nous avons été amené à faire au sein du « Groupe des Schizophrénies » n'a pas l'audace d'annihiler les synthèses antérieures, mais répond au besoin urgent :

- de lutter actuellement contre une généralisation abusive du terme de schizophrénie ;

- de dédramatiser ce concept qui n'implique pas inéluctablement, dans tous les cas, une évolution irrémédiable.

C'est dans cet esprit que nous avons été amené à conclure provisoirement cette enquête, non sans omettre de noter d'autres hypothèses qui feront l'objet de travaux ultérieurs.

Vu le Doyen : BROUET

Vu le Président : PICHOT

Vu le Recteur : ROCHE

Et permis d'imprimer.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE

BIBLIOGRAPHIE

1. - P. ABELY : Syndrome discordant (Congrès de Lille, 1960).
2. - ABELY et LAUZIER : La destinée des notions de périodicité, d'atypisme et d'incurabilité en pratique psychiatrique (AMP - mai 1964).
3. - ABELY : Hébéphrénie, dernier bastion de la liberté (AMP - avril 1965).
4. - ACHAINTRE - BALVET : Influence des chimiothérapies sur l'évolution de la psychiatrie (Inf. Psy. - déc. 1963).
5. - ALLIEZ - SORMANI: Schizophrénie post-traumatique (AMP - juin 1967).
6. - ARIETI : Interprétation de la schizophrénie (N.Y. 1955).
7. - ARIETI : Psychodynamique du schizophrène (A.J. of Ps. - oct. 1967).
8. - BARUK : Précis de psychiatrie (Masson).
9. - BASTIDE : Sociologie des maladies mentales (Flammarion).
10. - BLEULER : Dementia Praecox (Polycopié).
11. - BOREL : Etiologie des maladies mentales (Causse).
12. - BOUR : Schizophrénie et dislocation familiale (Congrès de Zurich 1957).
13. - BOURGEOIS et HENRY : Tryptaminurie et 5 HIAA urinaires en neuropsychiatrie (AMP - oct. 1967).
14. - BOURJALA : Psychoses aiguës de structure schizophrénique (Thèse de Bordeaux - 1965).
15. - CAMPBELL : Glycoprotéïnes dans le LCR des schizophrènes (A.J. Of Ps. - fév. 1967).
16. - CHABERT (Thèse Marseille 1966).
17. - CHTERBINA : Troubles de la gustation des schizophrènes (AMP - février 1968).
18. - CLAUDE : Démence précoce et schizophrénie (Congrès de 1926).
19. - DA SILVA : Rôle du père chez les schizophrènes (Ex. Med. - avril 1964).
20. - DELAY - DENIKER - GREEN : Milieu familial des schizophrènes (Enceph. 1962 - n° 1).
21. - DELAY : Etude de l'homéostasie des schizophrènes (Enceph. 1963 - n° 5).
22. - DENBER : Troubles biochimiques dans la schizophrénie (Congrès de Dijon - 1967).
23. - DENIKER - QUINTARD : Signes pseudo-névrotiques dans les formes limites de la schizophrénie (Enceph. 3 - 1961).
24. - DESHAIES : Psychopathologie générale (PUF).

25. - DEVEREUX : Origines sociales de la schizophrénie (Inf. Psy. - Déc. 1965).

26. - DUBLINEAU : Signification Psychopathologique de la schizophrénie (Evol. Psy. - 4 - 1935).

27. - EY : Manuel de psychiatrie (Masson).

*28. - EY : Problèmes cliniques des schizophrénies (Evol. Psy. 1958).

29. - EY : Formes cliniques des schizophrènes (Evol. Psy. 1958).

30. - EY : Articles sur la schizophrénie (EMC - Tome 1).

31. - FAVORINA : Phase terminale de l'hébéphrénie (Ex. Med. 1964).

32. - FIGUEIREDO (de) : Contribution à l'analyse structurale des psychoses schizophréniques par la méthode électroclinique (Enc. 6 - 1964).

33. - FISCHER - HELLER : Influence d'IMAO sur l'élimination de la Bufoténine (AMP - avril 1965).

34. - FOLLIN : Psychopathologie du processus schizophrénique (Evol. Psy. 1958).

35. - GESELL : L'enfant de 5 à 10 ans (PUF).

36. - GOSSIO : Schizophrénies périodiques (Florence).

37. - GREEN : Chimiothérapie et psychothérapie (Enc. 1961 - n° 1).

38. - GREEN : Milieu familial des schizophrènes (Thèse Paris 1956).

39. - GUIRAUD : Psychiatrie clinique (Lefrançois).

40. - GUYOTAT : Schizophrénies (Monographies - déc. 1963).

41. - HOCH : Schizophrénie pseudo-névrotique (Am. J. Ps. - août 1962).

42. - HOLMBOE - ASTRUP : Etude suivie de 255 malades atteints de schizophrénie aiguë et de psychose schizophréniforme (A.P.N. Sc. - 1957).

43. - JACOB : Serotonine et antagonistes (Méd. Prat. - avril 1967).

44. - JUS - KASKOVSKA : Variations de la 5- Hydroxy - Tryptamine dans la schizophrénie (AMP - 1958).

45. - KORENEWSKAIA : Sérum des schizophrènes (AMP - fév. 1968).

*46. - LANGFELDT : Pronostic de la schizophrénie (A.P.N. Sc. - 1956).

47. - LANTER : Fonction onirique (Evol. Psy. 1954).

48. - LANTERI - LAURA et DAUMEZON : Signification de l'automatisme mental de de Clérambaut (Travaux de l'admission de Sainte-Anne - 1961).

49. - LECHEVALIER et FLAVIGNY : Evolution de la schizophrénie infantile (R.N.P. Inf. - 1967).

50 - LECONTE - CHAZAUD - ROBERT : Aspects habituels de la peinture des schizophrènes (Enc. 1961 - n° 1).

51. - LEROY et NOEL : E.E.G. des schizophrènes.

52. - LIBERMANN : Schizophrénie infantile (Thèse de Strasbourg - 1966).

53. - MARCHAND : Cas de schizophrènes à type de démence précoce (A.M.P. - février 1968).

54. - MASTERSON : Pronostic des troubles de l'adolescence : la schizophrénie (J.N.M. Dis. - 1956).

55. - MEYERS et GOLDFARB : Formes familiales de schizophrénie (A.J.P. - avril 1962).

56. - MILANO : Trauma physiques et psychiques dans le développement des schizophrènes (A.M.P. 1958).

*57. - MINKOWSKI E. : La schizophrénie (Desclée).

58. - MINKOWSKI E. : Traité de psychopathologie (P.U.F.).

*59. - NACHT : Théorie psychanalytique du délire (R.F. de Psychanalyse - oct. 1958).

60. - NEGULICI : Schizophrénie et syndrome de Klinefelter (A.M.P. - déc. 1967).

61. - PIROZYNSKI : Recherches sur les variations de la chromatine sexuelle chez les schizophrènes (A.M.P. - avril 1965).

62. - RAGONESE : Schizophrénies tardives (A.M.P. - déc. 1967).

63. - REYNOLDS : Psychoses schizophréniques chez les épileptiques (B.J. of Ps. - août 1967).

64. - RUMKE : Différence clinique à l'intérieur du groupe des schizophrénies (Evol. Psy. - sept. 1958).

65. - SCHWEICH : Structure délirante (Polycopié).

66. - SHINFUKU : Excrétion des 17 O.H. Stéroïdes chez les schizophrènes (Ex. Méd. - sept. 1963).

67. - SIMON : Mère de schizophrènes (Thèse de Lyon - 1958).

68. - SIMONE (de) : La catatonie pernicieuse existe-t-elle encore ? (Enc. 1962 - I).

69. - SIVADON - MISES : Milieu familial du schizophrène (Evol. Psy. - 1954).

70. - SIVADON : Symptômes d'alarme en psychiatrie (Congrès de Nice - 1955).

71. - SIVADON : Théorie immunologique des malades mentales (A.M.P. - mars 1964).

72. - SIVADON : Phénomènes d'intolérance et mécanismes allergiques en pathologie mentale (Evol. Psy. - 1955).

73. - SIVADON : Temps de latence dans les névroses post-émotionnelles A.M.P. - janv. 1953).

74. - SIVADON : Allergie émotionnelle (A.M.P. - janv. 1953).

75. - SIVADON : Pouvoir histaminopexique du sérum dans les troubles mentaux (A.M.P. - avr. 1962).

76. - SPOERRI : Manifestations primorbides dans la schizophrénie (Psy. de l'Enfant - avr. 1962).

77. - TSIVILKO : Début névrotique de la schizophrénie (A.M.P. - fév. 1968).

78. - TULISMAN : Temps et schizophrénie (Thèse de Toulouse - 1966).

79. - VAN DER DRIFT : Evolution des idées sur la structure et le traitement des schizophrènes (Inf. Psy. - janv. 1965).

80. - VOLMAT : La schizophrénie par l'image (Lab. Roche).

81. - VOLMAT : Art psychopathologique (P.U.F.).

82. - VUKMIR : Théorie orectique et schizophrénie (A.M.P. - mai 1964).

83. - WIRSCH : Personnalité du schizophrène (P.U.F.).

84. - « La Schizophrénie » (R.P. - n° 25 - oct. 1965).

85. - « Rapport sur la Schizophrénie à l'O.M.S. » (Genève - sept. 1957).

TABLE DES MATIERES

Introduction 1

Historique 4

Méthodologie 9

Résultats 15

Résultats numériques 51

Conclusions 66

Notice bibliographique 69

IMPRIMERIE REGAIN
HOPITAL PSYCHIATRIQUE
SOTTEVILLE LES ROUEN